

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 26

APPENDICITE ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 décembre 1928

PAR

Pierre-Paul-Joseph-Marie-Frédéric VIGOUROUX

LICENCIÉ ÈS SCIENCES
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 19 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		BÉGOIN, professeur.....		Juges.
		PERY, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 26

APPENDICITE ET GROSSESSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 décembre 1928

PAR

Pierre-Paul-Joseph-Marie-Frédéric VIGOUROUX

LICENCIÉ ÈS SCIENCES
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à BORDEAUX (Gironde), le 19 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		BÉGOVIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSE, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection.

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAITRE,

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma très respectueuse reconnaissance.

APPENDICITE ET GROSSESSE

INTRODUCTION

La première observation d'appendicite compliquant la grossesse a paru dans *The Lancet*, en 1848, rapportée par Hancock; il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque droite ouvert et drainé au cinquième mois de la grossesse. La malade avorta sept jours après, mais finit par guérir.

Mais ce fut seulement en 1855 que Korn (Société de chirurgie de Dresde) donna la première vérification nécropsique sur les lésions appendiculaires possibles au cours de la gestation, en pratiquant l'autopsie d'une femme morte à la fin de sa grossesse de péritonite aiguë. Il trouva une péritonite généralisée avec perforation de l'appendice.

Après que Fitz, en 1886, eut isolé l'appendicite comme entité clinique, Munde, en Amérique, puis Abrahams attirèrent l'attention des chirurgiens et des accoucheurs sur l'appendicite au cours de la grossesse.

En France, Dieulafoy consacra à la question une leçon de ses cliniques (*Cliniques médicales*, 1897-1898, p. 330); puis Tuffier, Legendre insistèrent sur sa gravité.

Le Professeur Pinard fit, en 1898, puis en 1899, à l'Académie de médecine de Paris, la première étude d'ensemble sur ce sujet. Se fondant sur l'analyse de 45 observations, il concluait ainsi :

« L'appendicite peut survenir à n'importe quel moment de la grossesse, qui semble y prédisposer.

» L'appendicite, pendant la gestation, est à la fois très grave pour la mère et pour l'enfant.

» Le diagnostic de l'appendicite est possible et même facile pendant la gestation en se basant sur les symptômes classiques précisés par Dieulafoy. La précocité du diagnostic est capitale pour l'efficacité du traitement.

» L'intervention en présence d'une appendicite liée à l'état puerpéral doit être encore plus précoce que de coutume.

» Grâce à une intervention faite en temps opportun, le pronostic devient beaucoup moins sombre.

» Au cours d'une appendicite restée localisée, on peut, en effet, espérer la guérison et l'accouchement à terme.

» Au cours d'une péritonite appendiculaire généralisée, on verra, malgré l'intervention, presque toujours l'interruption de la grossesse se produire, mais assez souvent la mère sera sauvée. »

Depuis ces conclusions du Professeur Pinard, la littérature médicale, et particulièrement la littérature anglo-saxonne, s'est enrichie d'une telle quantité d'observations d'appendicite au cours de la gestation, qu'il est intéressant, avec cette abondance d'éléments cliniques, de reprendre cette étude pour confirmer ces conclusions ou pour en modifier quelques particularités cliniques.

PATHOGENIE DES ACCIDENTS APPENDICULAIRES PENDANT LA GESTATION

L'opinion de tous les auteurs qui se sont occupés de cette question est que : « l'appendicite n'est pas fréquente chez la femme enceinte ».

Elle est fondée sur les statistiques faites en série continue, établies tant dans les maternités que dans les services de chirurgie.

Déjà, Fraenkel, dans une statistique d'ensemble de toutes les affections obstétricales et gynécologiques portant sur 40.000 cas, ne signale que 4 cas d'appendicite coexistant avec la grossesse, Sonnenburg, sur 2.000 opérations d'appendicite, n'en a pratiqué que trois chez des femmes enceintes et une pendant les suites de couches.

Plus récemment, dans les maternités, on observe encore :

A Paris, à la Clinique Baudelocque, 8 cas d'appendicite sur 13.132 accouchements (Couvelaire). A la Clinique Tarnier, 16 cas sur 12.000 accouchements (Brindeau). A Bordeaux, dans le service du Professeur M. Rivière, sur 4.000 accouchements qui ont eu lieu depuis 1924, on trouve presque 2 p. 100.

Ici le pourcentage est notablement plus élevé, mais il faut remarquer que la plus grande partie de ces observations a trait, pour ainsi dire, à des opérations prophylactiques, chez des femmes ayant eu antérieurement à leur grossesse, des crises appendiculaires aiguës ou bien souffrant d'appendicite chronique et chez lesquelles on craignait, du fait de ce passé pathologique, des complications graves au cours de la grossesse.

A l'étranger, au Lyingni Hospital de New-York, 5 appendicites sur 30.000 gestations (Lobenstein).

Dans les services de chirurgie :

A l'Hôpital Necker (Statistique de Routier, *in* thèse Pinard), 12 femmes enceintes sur 1.300 opérées d'appendicite.

A l'Hôpital du Mont-Sinaï à New-York, 7 appendicites de la gestation sur un total de 731 appendicites (Cooke, *in The New York medical J.*, 1909).

Jerlov, sur 30.000 appendicites opérées chez la femme, n'en trouve que 456 chez la femme enceinte.

Soit environ une appendicite de la gestation pour 100 appendicites chez la femme.

Il est vrai que cette estimation ne peut pas être très précise, car certaines appendicites ont pu passer inaperçues, en particulier dans les suites de couches, et d'autres ont pu être considérées comme telles sans aucune vérification opératoire ou nécropsique. Ensuite, comme nous le disions plus haut, un certain nombre de femmes ayant subi l'appendicectomie antérieurement à la gestation, ont été, pour leurs grossesses ultérieures, à l'abri de tout accident.

De l'étude de ces statistiques, on voit donc que l'impression qui se dégage est que la gestation n'entraîne pas fréquemment l'appendicite; et c'est en se fondant sur ces statistiques, ne portant uniquement que sur des actes opératoires, si l'on peut ainsi s'exprimer, que Froenkel, Vinay, Poncet, ou plus récemment Schmidt et beaucoup de ceux qui ont fait leur thèse sur ce sujet, Pénard, Chaput, Seguy, ont écrit que l'appendicite n'est pas fréquente chez la femme enceinte.

Vinay même allait plus loin en disant « aucune condition pathogénique de l'appendicite ne se trouve réalisée par la grossesse ». Et cependant, si nous lisons dans les classiques (Roger et Vidal, *Traité de pathol. interne*) les conditions étiologiques de l'appendicite en retenant seulement, bien entendu, celles qui ont un rapport avec l'état de grossesse, nous relevons parmi ces causes : l'âge adulte, c'est-à-dire de 20 à 40 ans, puisque après 40 ans « les follicules lymphoïdes disparaissent dans l'appendice et les amygdales, pour être remplacées par du tissu de sclérose »; les septicémies (infection puerpérale), les

coudures, les adhérences, les calculs (rappelons pour mémoire l'hypothèse de Dieulafoy : « La grossesse favoriserait la formation de calculs appendiculaires ») le colibacille, la constipation habituelle. Nous retenons aussi, avec intérêt, la théorie de Ribadeau-Dumas, Harvier, de Charles Richet fils et Saint-Girons « qui ont prouvé expérimentalement que les microbes circulant dans le sang s'éliminent constamment à travers l'appendice. Leur passage incessant dans la paroi, leur présence dans le tissu lymphoïde ne font d'ailleurs souvent que rendre la paroi appendiculaire vulnérable aux microbes intestinaux qui y trouvent un lieu de moindre résistance et y exaltent leur virulence ».

Il nous semble que toutes ces conditions étiologiques sont réalisées précisément dans l'état de gestation. Nul ne songerait par exemple à nier le rôle du colibacille, agent pathogène des pyélonéphrites (syndrome entéro-rénal d'Heitz-Boyer) si fréquentes pendant la grossesse et les suites de couches.

Et nous nous demandons pourquoi les auteurs qui n'admettent point le rôle de ces facteurs comme suffisant à l'éclosion d'une première manifestation appendiculaire (*primare appendicitis*) pensent qu'ils peuvent, au contraire, agir pour réveiller une crise chez une femme enceinte ayant eu un passé appendiculaire.

Aussi avons-nous pensé que, chez la femme en gestation, la grossesse pouvait créer un type clinique d'appendicite que Talamon a identifié et désigné sous le nom d'appendicite chronique d'emblée. Elle se traduit par deux ordres de signes : la douleur, les troubles dyspeptiques et nerveux avec retentissement sur l'état général et, parfois, dénutrition. Le foie est l'organe qui souffre le plus de cette forme d'appendicite, qui a très souvent une symptomatologie uniquement hépatique.

Mais, de ces deux signes énumérés plus haut, Walter nous dit que la douleur manque très souvent, ou que, du moins, elle est très fugace et légère : simple pesanteur dans la fosse iliaque droite, endolorissement dans la région de la vésicule

biliaire. Il reste donc surtout les troubles dyspeptiques, avec leur syndrome « gastrique mécanique » de Walter et leur syndrome intestinal.

La grossesse ne nous présente-t-elle pas souvent le tableau clinique complet de ces troubles dyspeptiques; et, en l'absence d'autre cause évidente, mort du fœtus, albuminurie, insuffisance endocrinienne, l'appendicite seule ne peut-elle pas créer cet état nauséux, ces vomissements, ces troubles digestifs, cette constipation. Nous disons la constipation, si fréquente chez la femme enceinte, car nous croyons que la tendance actuelle est de lui donner moins d'importance dans l'étiologie des affections appendiculaires (étiologie sur laquelle les Américains ont beaucoup trop insisté) et d'en faire surtout une conséquence des lésions de l'appendice.

Nous avons, pour notre part, dépouillé un grand nombre d'observations de femmes enceintes ou, plus généralement, de malades des deux sexes ayant été opérés pour crise d'appendicite, et nous avons constaté que, dans la majorité des cas où il y avait constipation avant l'opération, celle-ci disparaissait après l'appendicectomie.

OBSERVATION I (Inédite).

(Prise dans le service de M. le Professeur RIVIÈRE,
salle 4, lit 7, le 16 mai 1928.)

Mme B..., 23 ans, III-pare, est hospitalisée à la Clinique d'accouchement, où elle est entrée au huitième mois de sa troisième grossesse, le 6 mai 1928.

Réglée à 14 ans; règles douloureuses au début, normales ensuite. La malade nous dit qu'elle est très constipée; elle reste huit à dix jours sans aller à selle. Elle avait un mauvais état général, présentait des troubles gastriques, qu'aucune médication ne parvenait à calmer.

Mariée à 20 ans. Un an après, elle devient enceinte. Sa constipation et ses troubles gastriques augmentent; elle a peu d'appétit et souffre de douleurs assez violentes au creux épigastrique.

Subitement, elle est prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, elle a des vomissements verdâtres, sa température monte à 40 degrés; son pouls est à 120. Elle entre d'urgence à l'Hôpital du Tondu, à la Clinique gynécologique, salle F, où elle est opérée, le 19 juin 1921, par M. le Professeur Guyot. Sa grossesse continue. Mais elle accouche prématurément à sept mois. Pyélonéphrite des suites de couches: Depuis son opération, la malade dit ne pas être constipée; son état général s'est beaucoup amélioré.

Depuis, a été enceinte deux fois; elle n'a vomi à aucune de ces deux grossesses, qui donnèrent, l'une un prématuré à sept mois, l'autre un enfant à terme (grossesse actuelle).

OBSERVATION II (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur RIVIÈRE,
le 1^{er} juin 1928, salle 2, lit 16).

Mme S..., 38 ans, est hospitalisée à la Clinique pour sa sixième grossesse. Réglée à 14 ans : règles normales, un peu d'avance.

Très constipée, va à la selle tous les quatre ou cinq jours. Mariée à 21 ans :

1^{re} grossesse en 1912;

2^e grossesse en 1914;

3^e grossesse en 1925.

Accouchements et suites normales.

Quelques mois après sa troisième grossesse, est prise brusquement de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. Vomissements abondants, température; elle avait alors un retard de règles de un mois. Elle fait appeler son médecin à Arcachon, qui la fait mettre à la diète et de la glace sur le ventre. Elle garde le lit trois semaines, puis vient à Bordeaux consulter M. le Professeur Chavannaz, qui lui conseille l'opération immédiate. La malade refuse. Un mois après, nouvelle crise; on fait immédiatement l'appendicectomie. Ignipuncture de l'ovaire droit. La grossesse continue. Depuis la malade n'est pas constipée.

Nous avons parlé des troubles gastriques, et en particulier

des vomissements. M. Caplesco, de Bucarest, pense qu'ils sont souvent d'origine appendiculaire; il fait abstraction de certaines formes de vomissements graves de la grossesse (incoercibles) dont il ne discute pas la pathogénie. Ayant eu l'occasion, dit-il, de passer pendant la guerre plusieurs mois dans les villages moldaves, il constate que les paysannes, dont l'alimentation est végétarienne et chez qui l'appendicite est exceptionnelle, ne présentent jamais la moindre nausée ni le moindre vomissement au cours de leurs grossesses, et certaines cependant ont eu 12, 14, 18 enfants.

Depuis cette époque, M. Caplesco a cherché à dépister « l'appendicite latente » chez les citadines, dont le début de la grossesse s'accompagne de troubles digestifs.

OBSERVATION III

(Communication de M. CAPLESCO, de Bucarest, présentée par le docteur Paul MOURE, *Bull. et Mém. Soc. nat. de chir. de Paris*, 1925, p. 949.)

M... (O.), 25 ans. Entre 14 et 18 ans, légères crises d'appendicite. Au commencement de la grossesse, nausées, vomissements, douleurs abdominales, fièvre 37-38°. Appendicectomie. Deux calculs dans l'appendice. Guérison. Tous les troubles digestifs ont disparu. La grossesse continue. Accouchement normal.

OBSERVATION IV.

(M. CAPLESCO, *loc. cit.*)

J... (E.), 24 ans, II-pare. Ne pouvant se nourrir, a beaucoup maigri depuis deux mois. Crise d'appendicite au troisième mois; l'année précédente, elle avait eu deux crises. Appendicectomie. L'appendice contient des matières fécales à la base et du pus au sommet. Guérison. Cessation des troubles digestifs; accouchement à terme d'un enfant bien portant. Revue deux ans après, cette femme ra-

conte que, ne pouvant se nourrir pendant la première grossesse, elle a accouché d'un enfant débile.

Sans vouloir généraliser, l'insuffisance hépatique, commune à l'état de gestation (la toxémie gravidique, n'est-elle pas une des manifestations de cette insuffisance), ne serait-elle point, dans bien des cas, causée par des lésions de l'appendice. Thallamm décrit longuement la déficience du foie dans cette forme chronique d'emblée de l'appendicite. M. le Professeur Guyot ⁽¹⁾, qui publia avec le Professeur J. Carles la première observation en France d'un malade atteint d'appendicite avec syndrome d'insuffisance hépatique grave et *vomito negro appendiculaire*, insiste dans ses cliniques sur le rôle néfaste pour le foie des lésions appendiculaires.

Voici une observation relative à un syndrome d'insuffisance hépatique grave lié à une appendicite.

OBSERVATION - V.

(MM. PÉRY et PRINCETEAU, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, Paris, 1926.)

Mme P... (E.), 27 ans, entre à la Maternité de Canolle, le 20 mai 1926, parce qu'elle souffre du ventre et a de la fièvre. Ces accidents datent du 13 mai, époque à laquelle elle fit un accouchement normal à terme d'une fille vivante et bien portante. La douleur a succédé immédiatement à l'accouchement; elle a été très violente et très brusque, en coup de poignard, dans le côté droit, avec réaction péritonéale, nausées et vomissements. Pas le moindre signe d'infection puerpérale. On songe à un kyste de l'ovaire tordu. La glace n'amène aucune cédation. Brusquement, le 5 juin, crise douloureuse d'intensité extrême à droite; ventre de bois. On pense à un accident de rupture de kyste tordu. On opère, et l'on trouve l'utérus et les annexes gauches normaux, mais, à la place des annexes droits, une masse dure étroitement collée contre le bassin; plus

(1) Cette observation a été citée par Dieulafoy, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, à l'occasion de sa description magistrale du vomito negro appendiculaire.

haut, le cæcum apparaît contourné avec un appendice rétrocæcal turgide et bosselé. On place un Mikulicz.

Suites opératoires d'abord bonnes, mais, quarante-huit heures après, accidents syncopaux avec *vomissements noirâtres*.

Le pouls faiblit; on fait un lavage de l'estomac, et l'on ramène 1 l. 1/2 de *liquide noir, nettement hémorragique*. Mort le 7 à 19 heures.

Nous pouvons déduire de tout cela que la grossesse est capable de créer des lésions de l'appendice, toutes les conditions étiologiques se trouvant réunies; toutes les fois que des phénomènes pathologiques (troubles gastriques nerveux, etc.) se montreront au cours de la gestation, acte éminemment physiologique, et que l'examen clinique complet n'aura pas révélé de cause évidente, cruciale (terrain névropathique, urémie, insuffisance endocrinienne) à ces troubles, il faudra orienter ses recherches vers l'appendice.

Mais on voit aussi par ces observations que, chez une femme n'ayant pas eu de passé appendiculaire antérieurement à sa grossesse, ces phénomènes pathologiques sont généralement bénins, et, qu'en tout cas, une crise aiguë avec réaction péritonéale ne vient que bien rarement aggraver la situation. On pourrait alors se demander si par un processus quelconque la grossesse ne vient pas contre-balancer, pour ainsi dire, l'influence néfaste des causes favorisantes que nous avons passées en revue plus haut. Et, sans avoir l'opinion de Boije et de Labhard, qui prétendent que l'état de gestation peut avoir une influence heureuse sur l'appendicite, même sur celle qui a entraîné déjà une réaction péritonéale, on pourrait admettre que, dans la forme chronique d'emblée où les lésions sont minimales (hypertrophie des follicules), l'état de congestion active, provoqué dans les organes pelviens par la grossesse, congestion à laquelle participe l'appendice grâce à ses relations vasculaires et lymphatiques avec les annexes, favorise la phagocytose.

Ce serait, pourrait-on dire, de l'hémothérapie, d'autant que

pendant la grossesse la leucocytose, processus de défense, est un phénomène physiologique, surtout marqué chez les primipares.

Par contre, tous les auteurs sont d'accord pour penser que le rôle de la gestation est difficilement discutable en ce qui concerne la récurrence d'appendicite antérieure à la grossesse. Et, sans penser, comme Fellner et Vignes, que toute femme ayant eu une première crise, doit nécessairement récidiver pendant la gestation, il nous paraît impossible de ne pas la considérer de ce fait comme exposée à des accidents graves au cours d'une grossesse ultérieure.

L'observation classique de Tuffier en est à elle seule une preuve :

OBSERVATION VI

(TUFFIER, *Rev. obst. et pédiat.*, 1897, p. 206.)

Une femme de 24 ans, atteinte de constipation opiniâtre, fait, au cours de sa première gestation, une crise d'appendicite aiguë, qui se termine par l'ouverture d'un abcès perpendiculaire dans le cæcum. La malade peut mener sa grossesse à terme. Au cours d'une deuxième gestation, nouvelle crise moins aiguë qui permet la continuation de la grossesse.

Enfin, au quatrième mois d'une troisième gestation, la fosse iliaque droite devient douloureuse et il apparaît un plastron. Au bout d'un mois, l'altération de l'état général amena à intervenir. On trouva un appendice malade au milieu d'adhérences et collé contre un ovaire kystique. Cette femme guérit et accoucha à terme.

En dépouillant toutes les observations publiées dans les thèses antérieures, et en particulier dans la thèse de Pénard où il en a classé un grand nombre en tableau d'ensemble, nous avons pu voir que, dans au moins 50 p. 100 des cas, une appendicite, qui se déclare au cours de la gestation, n'est qu'une récurrence d'une atteinte appendiculaire antérieure, que l'on

retrouve facilement dans les antécédents pathologiques de la malade.

A notre avis, deux facteurs méritent d'être retenus pour expliquer cette récurrence d'appendicites anciennes :

a) *Action mécanique exercée sur la région appendiculaire par l'utérus gravide en accroissement.*;

Et nous avons ici deux cas à examiner suivant que le cæcum est libre ou fixé anatomiquement dans la fosse iliaque, par suite de plus ou moins grand accollement du mésocôlon vers le bas;

1° Lorsque le cæcum est libre, l'angle iléo-cæcal et l'appendice peuvent s'élever dans l'abdomen, à la façon d'une anse grêle quelconque, et se soustraire ainsi à l'action de l'utérus au fur et à mesure de son ascension.

2° Lorsque le cæcum est fixé, au contraire, le cæcum avec l'appendice ne peuvent subir qu'un déplacement très limité d'ascension; ils sont alors comprimés ou coudés.

Et cette situation fixe de l'appendice est presque la généralité, malgré l'opinion de Futh, qui considérerait l'ascension du cæcum comme la règle, chez une femme en gestation. En effet, par des examens radioscopiques, Hoffmann a montré que l'ascension de l'appendice et du cæcum, facilement repérable après lavement opaque, est le plus souvent très limitée. Il arrive d'ailleurs aux conclusions suivantes :

Dans 2 p. 100 des cas, l'appendice remonte au-dessus de la crête iliaque;

Dans 10 p. 100 des cas, l'appendice atteint la crête iliaque;

Dans 88 p. 100 des cas, il est au-dessous.

L'utérus gravide va donc comprimer cette région appendiculaire fixée dans la fosse iliaque droite. De plus, des adhérences pathologiques résultant de crises antérieures et limitant peut-être des collections purulentes, pourront également favoriser la fixation de la région cæco-appendiculaire et être rompues par les tiraillements du ligament de Clado, qui s'attache à l'ovaire plus mobile.

b) *La virulence des germes intestinaux*, et en particulier ceux

du côlon droit, peut être augmentée par la stase stercorale, si banale pendant la gestation.

Nous en avons déjà parlé plus haut; Bar, Achard, Widal et Lemierre insistent sur toutes les étapes des colibacilloses, conduisant au syndrome entéro-rénal d'Heitz Boyer. Nous savons à l'appui de cette hypothèse, la fréquence des pyélonéphrites associées aux appendicites pendant la gestation.

Cette hypervirulence des germes intestinaux, qui peut entraîner des phénomènes septicémiques graves, est susceptible de réveiller des foyers appendiculaires anciens.

INFLUENCE DE L'APPENDICITE SUR LA GROSSESSE

Fowler résumait l'opinion pessimiste que partageaient la plupart des chirurgiens et des accoucheurs en disant que « l'appendicite pendant la grossesse détermine un avortement avec issue mortelle, tandis qu'après l'accouchement l'affection n'entraîne pas aussi souvent la mort ».

Il est certain que l'avortement ou l'accouchement prématuré est fréquent chez la femme enceinte atteinte d'appendicite. Boije, sur 31 cas; trouve 18 avortements et 14 morts chez les mères. La statistique de Stoehler donne un pourcentage de 62 p. 100. Pour Da Costa, 40 p. 100 des femmes meurent et presque tous les enfants. La mortalité est de 53 p. 100 chez les mères et de 100 p. 100 chez les enfants d'après Abrahams; Heaton trouve que 78 p. 100 des femmes avortent et que la moitié meurent.

En passant en revue un grand nombre d'observations, nous avons pu en déduire que dans les cas suivis de mort, celle-ci a été le fait de complications péritonéales d'origine appendiculaire qui sont en même temps la grande cause d'avortement dans les appendicites de la grossesse. C'est donc par généralisation péritonéale que meurent les femmes atteintes d'appendicites au cours de leur gestation; cette généralisation péritonéale est facilitée par l'élévation de la région cæco-appendiculaire, ou par le refoulement de l'épiploon qui normalement joue un rôle protecteur; elle apparaît au cours même du travail, s'il traîne en longueur, mais surtout immédiatement après.

Si les statistiques nous montrent que l'appendicite est très meurtrière pour les mères, elles nous montrent aussi qu'elle l'est encore notablement plus pour l'enfant.

Pour expliquer l'interruption de la grossesse par l'appendicite, on peut faire intervenir deux ordres de cause :

1° *L'infection de l'œuf par le foyer appendiculaire.* — Dans les cas de septicémie péritonéale, l'infection du fœtus se réalise comme dans toute maladie infectieuse aiguë, par voie sanguine et transplacentaire. M. le Professeur Pinard a constaté la présence du colibacille dans le sang d'un fœtus dont la mère était morte d'une péritonite d'origine appendiculaire. Si, au contraire, l'appendice n'a déterminé que des lésions localisées, un abcès périœcal par exemple, il semble que la transmission de l'infection à l'œuf se passe directement par l'intermédiaire de la trompe droite.

On sait aujourd'hui, d'une part, que les salpingites d'origine appendiculaire ne sont pas rares et, d'autre part, que les salpingites ou plus généralement les affections quelconques de la trompe et des ovaires provoquent souvent des affections du côté de l'appendice. L'expression si pittoresque de Segond de « flirt appendiculo-ovarien » a été vérifiée maintes fois; les Professeurs J.-L. Faure et Legueu y insistent dans leurs leçons cliniques sur « l'appendicite et annexite ». Verger, de Dijon, en fit une bonne étude, dans sa thèse, en insistant particulièrement sur « la propagation des tumeurs ovariennes malignes de l'appendice iléo-cæcal ».

Plus facilement, pendant la grossesse, le contact presque immédiat du cæcum et des annexes réalisera ces infections salpingiennes. Dans de nombreuses relations d'opérations d'appendicite à chaud, chez des femmes enceintes, il est noté qu'après l'incision de la paroi abdominale la trompe droite apparut la première, souvent baignant dans le pus de l'abcès appendiculaire, souvent congestionnée et œdématiée.

OBSERVATION VII.

(Thèse PÉNARD.)

Mme L... (R.), 35 ans.

La malade a été prise brusquement la veille de douleurs dans le ventre, ayant plus d'acuité à droite, et de vomissements.

Intervention immédiate, Laparotomie sur le bord externe du droit.

A l'incision du péritoine, il s'écoule un pus épais. Le recherche de l'appendice est difficile, il est sous-cæcal. La trompe droite est rouge, presque hémorragique. Par expression, on en fait sourdre du pus. Résection de l'appendice, il est congestionné. La muqueuse est hémorragique. Il existe un point de stricture au milieu. Drainage. Le soir même, la malade fait une fausse couche. Suites opératoires, bonnes, malgré une congestion pulmonaire.

OBSERVATION VIII.

(SEMB, *Zentralbl. f. gyn.*, 1901, n° 26.)

Appendicite avec abcès enkysté chez une femme enceinte de six mois. Incision de l'abcès et drainage. Le lendemain de l'opération, la femme expulse un fœtus mort récemment. Odeur fétide du liquide amniotique. Mort vingt-quatre heures après. A l'autopsie, on trouve la trompe droite adhérente à la paroi de l'abcès, remplie de pus. Dans le voisinage de l'ostium tubaire droit, la paroi utérine est recouverte d'un enduit purulent.

Koenig rapporte également un cas d'avortement et d'infection puerpérale à la suite d'une appendicite purulente. Il pratiqua l'appendicectomie, puis l'hystérectomie par voie vaginale; sa malade guérit.

Disons encore que, pour M. Pinard, la mortalité infantile ne se résume pas dans celle, pourtant considérable, qui résulte des accouchements prématurés ou des avortements, la plupart des enfants nés vivants succombent, dans les jours qui suivent l'accouchement, à des accidents infectieux dont l'origine est sans doute une infection ou une intoxication *in utero*, partie elle-même du foyer appendiculaire.

L'influence néfaste des infections d'origine appendiculaire sur le produit de conception n'est donc pas contestable. Même dans les cas légers d'appendicite qui ne mettent pas la vie de

la mère en danger, il faudra toujours redouter la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré à plus ou moins longue échéance. Dans la majorité des cas, l'avortement a lieu dans la semaine qui suit la crise, mais il n'est pas rare de l'observer au bout d'un mois et même davantage.

Quant à l'enfant, même s'il naît vivant ou viable, il faudra toujours faire les plus grandes réserves sur son avenir. Il présentera souvent les plus graves troubles gastro-intestinaux dès sa naissance, avec vomissements et selles mal liées. Et puisque dans l'étiologie de l'appendicite, on fait jouer un rôle à l'hérédité, il pourra présenter ultérieurement des troubles liés à des lésions de son appendice. Citons à ce propos l'observation assez curieuse que nous avons recueillie d'une malade hospitalisée à la Clinique d'accouchements en juin 1928.

OBSERVATION IX.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur RIVIÈRE,
hôpital Boursier, salle 2, lit 14, le 12 juin 1928.)

Mme C..., II-pare. Nous raconte que sa mère a été opérée pour crise d'appendicite au début de sa sixième grossesse. Avortement dix jours après. Elle a eu cinq enfants, l'un d'eux est mort de péritonite généralisée consécutive à une crise. Chez notre malade, la crise d'appendicite coïncidait avec chaque période menstruelle. Elle présentait alors une douleur vive au point de Mac Burney, de la fièvre, des vomissements, de la constipation opiniâtre. La malade a été opérée à 19 ans, à l'Hôpital Saint-Charles, à Rochefort. Elle a retenu que son appendice était long, rouge, rempli de pus avec de nombreuses adhérences à l'ovaire. Depuis son opération, la malade a un meilleur état général; la constipation a disparu.

2° *L'altération de la muqueuse de la trompe par l'infection venue du foyer appendiculaire.* — Nous venons de voir les relations intimes que peuvent avoir les annexes avec l'appendice. Dans les cas d'infection appendiculaire avec ou sans réac-

tion péritonéale, cette infection se propageant, par les lymphatiques en particulier, à l'ovaire et à la trompe peut créer des lésions sur la muqueuse de celle-ci. On sait le rôle de ces lésions dans la genèse des grossesses tubaires.

« L'altération de la muqueuse de la trompe favorise la greffe de l'ovule fécondé en position ectopique. » (Conférence clinique de M. le Professeur Guyot sur la grossesse extra-utérine.)

L'observation suivante illustre ces idées :

OBSERVATION X (Inédite).

Mme C..., II-pare est hospitalisée à l'Hôpital Boursier, à la clinique d'accouchement, le 20 mai 1928, salle 3, lit 27, où elle fait un avortement de trois mois. On fait une révision utérine.

La malade raconte avoir eu, vers 18 ans, des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Il y a deux ans, alors qu'elle avait un retard de règles de deux ou trois mois et qu'elle souffrait des reins et du bas-ventre, elle constata des pertes sanguines brunes. Le Docteur Lefèvre diagnostiqua une grossesse extra-utérine et intervint. L'appendice était adhérent à la poche sanguine, nous dit la malade, et contenait un calcul.

3° Causes mécaniques :

a) Les lésions pelviennes, en particulier, les adhérences utérines et annexielles, reliquats d'une appendicite antérieure peuvent gêner et entraver le développement de l'utérus. Weber croit même que des périmétrites d'origine appendiculaire peuvent devenir une cause d'avortement habituel (*abortus habituais*).

b) La contracture utérine. C'est le cas de la malade rapporté par Lemeland et Risacher, et à Bordeaux, par Péry, Rocher et Favreau.

OBSERVATION XI.

(LEMELAND ET RISACHER, *Bull. Soc. obst. de Paris*, 1926.)

Mme X..., I-pare, 21 ans, entre à la Maternité, où elle est mise en observation parce qu'elle ressent quelques douleurs dans le bas-ventre. Enceinte de huit mois et demi. Col long, fermé. L'utérus est très tendu. Travail rapide. Elle accouche d'un enfant qui ne peut être ranimé. On fait une délivrance artificielle; l'utérus est très dur et douloureux. Point de côté sous-mamelonnaire droit. Température, 40 degrés, Langue sèche, rôtie. Appendicectomie, montre appendice violacé, La femme meurt six heures après.

Ces observations nous montrent que l'appendicite est meurtrière pour le fœtus. Elle l'est aussi d'autant plus chez la mère que la crise survient au moment même du travail et surtout immédiatement après. On peut alors dire que l'on doit redouter deux éventualités de gravité d'ailleurs inégale :

a) généralisation péritonéale de l'affection appendiculaire;

b) évolution vers une péritonite localisée; dont nous reprendrons l'étude au chapitre *Evolution*.

ETUDE CLINIQUE

I. — *Appendicite aiguë*

Symptomatologie.

Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la grossesse ne déforme pas, dans ses lignes générales, le tableau clinique de l'appendicite. Cela est surtout vrai pour les femmes enceintes de moins de quatre mois, chez lesquelles l'utérus est encore pelvien ou n'offre pas un développement abdominal suffisant pour apporter une gêne à l'exploration.

Mais, dans la deuxième moitié de la grossesse, à mesure que, d'une part, l'utérus remplit plus complètement la cavité abdominale et distend plus fortement la paroi antérieure, et que, d'autre part, la région cæco-appendiculaire est refoulée dans la cavité pelvienne (comme nous l'avons vu, dans la statistique ci-dessus, pour 88 p. 100 des cas), la palpation et l'exploration du ventre offrent des difficultés de plus en plus considérables.

Ce sont ces particularités ou ces modifications des symptômes classiques que nous nous proposons d'étudier ici.

La douleur a souvent son maximum dans la fosse iliaque droite, mais son siège peut être variable :

a) C'est ainsi que, dans l'appendicite pelvienne, la plus fréquente et la plus difficile à diagnostiquer, les douleurs sont difficilement localisées, car elles sont profondes dans le bassin. Elles peuvent présenter le maximum d'intensité dans la fosse iliaque où s'irradier vers la région rétro-pubienne ou les membres inférieurs.

b) Dans l'appendicite rétro-cæcale, la douleur spontanée ou

provoquée siège souvent au niveau de l'angle costo-vertébral, simulant, point important à connaître, des douleurs rénales ou pyélo-urétérales.

La douleur peut débiter dans une région bien déterminée, pour diffuser ensuite dans tout l'abdomen. Ce type de douleur nous paraît alors plus symptomatique de péritonites appendiculaires diffuses que d'appendicites localisées.

C'est une douleur persistante, continue, sans paroxysme, à irradiations fréquentes; Quence a signalé, en particulier, la valeur étendue à la ligne médiane et à sa gauche dès le début de la crise (*Presse médicale*, 1919).

Cette douleur peut être réveillée ou exagérée par les mouvements de l'enfant; fait rare, en vérité, mais qui est noté dans les observations (Jerlov, *Supplem. ad. act. Scandinav.*, vol. I, pas. I).

L'hyperesthésie cutanée est également signalée. Mais elle manque souvent, et Leevenhart explique l'absence de ce signe par « les troubles apportés à la structure de la paroi abdominale par le développement de la grossesse ».

La défense musculaire est également infidèle chez la femme enceinte. Cette absence de contracture abdominale est grave, car elle rend souvent le diagnostic trop tardif; elle peut être d'ailleurs souvent symptomatique de formes d'emblée adynamiques ou de péritonite appendiculaire.

a) Elle manque le plus souvent dans l'appendicite pelvienne; mais dans ce cas le toucher vaginal révèle l'existence d'un empâtement douloureux du cul-de-sac latéral droit ou du Douglas.

b) Dans l'appendicite rétro-cæcale, la contracture abdominale, souvent absente, est remplacée parfois par une contracture lombaire avec ou sans psôitisme.

La tension permanente de l'utérus gravide au cours de l'appendicite a été signalée par plusieurs auteurs; récemment, Lemeland et Risacher ont attiré l'attention sur ce symptôme, qui avait déjà été décrit par Porak et Daniel, et, à Bordeaux, par Péry, Rocher et Favreau. Ce symptôme ne paraît pas

spécial aux appendicites simples; il semble plutôt symptomatique de péritonite généralisée. Il peut faire errer le diagnostic entre une appendicite et un hématome rétroplacentaire, et rien ne prouve qu'il ne soit le commencement d'un travail pathologique amorcé par les accidents péritonéaux.

Les nausées et les vomissements se retrouvent d'une façon constante dans les appendicites de la gestation, mais il est certain qu'une restriction est à faire sur la valeur séméiologique de ces symptômes, étant donnée leur fréquence, considérée comme banale, dans l'état de gestation. L'étiologie des vomissements de la grossesse et en particulier des vomissements dits incoercibles, est encore trop vague pour que l'on puisse émettre une opinion fondée. Et cependant, nous avons relaté plus haut les observations de Caplesco; on a même été plus loin; Toupet (*in* thèse de Boury, Paris, 1925), après Croisier et Delagénère, a rapporté une série d'observations où des vomissements rebelles ont cédé immédiatement à l'ablation de l'appendice suspecté de lésions chroniques; et il en déduit une étroite liaison entre l'appendicite chronique et les vomissements dits incoercibles.

La constipation est un symptôme que l'on dit être habituel; cependant, dans quelques observations, la diarrhée est apparue comme symptôme de début, égarant ainsi le diagnostic.

La fièvre et le pouls sont des signes encore moins sûrs qu'en dehors de la gestation. Ils semblent surtout ici avoir une réelle valeur de pronostic.

Les frissons sont rares. Toutes les fois où nous les avons rencontrés, il s'agissait déjà d'invasion péritonéale ou de lésions pyéliquies associées.

La respiration à type costal (Delbet, *La Clinique*, Paris, 1912), qui est surtout nette dans les cas d'atteinte du péritoine.

Les signes de réaction vésicale (pollakiurie, dysurie) se rencontrent surtout dans les cas d'appendicite pelvienne.

L'arrêt des gaz, le météorisme abdominal, symptômes importants à connaître, d'une interprétation difficile, se rencon-

trent dans les formes d'appendicites latéro-cæcales, presque uniquement. Ces signes d'une occlusion intestinale, peut-être paralytique, doivent faire suspecter une appendicite possible et faire orienter la thérapeutique dans ce sens.

L'œdème de la paroi, remontant jusqu'au rebord costal et comblant le flanc, comme l'a noté Tédénat, est un signe rare que nous n'avons jamais trouvé dans nos observations.

Pour nous résumer, nous pouvons écrire que l'appendicite survenant chez la femme enceinte peut revêtir un aspect clinique polymorphe et particulièrement sournois, du fait des irradiations multiples de la douleur et surtout de l'absence fréquente de la contracture abdominale et de son alluré souvent adynamique.

Diagnostic.

Les symptômes de l'appendicite ne sont pas toujours, nous l'avons vu, identiques dans tous les cas. Mais ce qui augmente encore la difficulté du diagnostic, c'est l'existence possible, au cours de la grossesse, d'affections diverses du tube digestif, du foie, des reins, des organes génitaux internes et peut-être même des glandes endocrines, qui présentent des symptômes analogues à ceux de l'appendicite.

Aussi nous voulons insister sur quelques diagnostics qui se posent avec une particulière fréquence et qui sont une cause d'erreurs au cas d'appendicite chez la femme enceinte.

Nous mentionnerons, seulement pour être complet et sans y insister, quelques diagnostics, qu'une analyse serrée pourra faire facilement rejeter; nous voulons parler de l'indigestion banale, qui est un phénomène fréquent pendant la grossesse. Nous citerons encore la fièvre typhoïde au début, qui sera distinguée de l'appendicite par ses prodromes classiques, plus difficile peut-être à éliminer si elle avait produit une perforation intestinale.

Les manifestations aiguës de l'entéro-colite se diagnostiqueront de l'appendicite par la mobilité plus grande des dou-

leurs, leurs localisations plus diverses. « La présence de membranes ou de sable dans les déjections permet de rejeter l'hypothèse d'appendicite. » (Dieulafoy, *Cliniques*, 1896-1897, p. 355.)

Nous n'insisterons pas non plus sur les diverticulites dont le diagnostic ne peut être fait que par l'intervention chirurgicale.

Cela étant éliminé, nous allons envisager :

1° La cholécystite aiguë, qui provoque des phénomènes généraux ayant une grande ressemblance avec ceux de l'appendicite.

L'erreur de diagnostic peut s'expliquer par le siège parfois élevé du cæcum et de l'appendice, surtout à la fin de la gestation. Gaucherand et Puig en ont rapporté un exemple très démonstratif (*Bull. Soc. obst. et gynéc. de Paris*, 1923). Chaput rapportait dans sa thèse une observation semblable de Weber (*Deutsche Zeitsch. für chirurg.*, XVIII, p. 292).

2° La colique hépatique, dont la douleur débute brusquement, et cesse de même. L'irradiation est scapulaire, les troubles abdominaux sont peu marqués et l'apyrexie est alors habituelle.

3° On prend souvent une appendicite pour une rupture de grossesse ectopique. Dans les deux cas, la douleur dans la fosse iliaque, la réaction péritonéale sont analogues; nous rappellerons ici (Bégouin, *Pathol. chirurg.*, t. IV, p. 455) que « le sang liquide n'offre aucune résistance au doigt, mais que l'évidence des symptômes hémorragiques est en faveur de la rupture d'une grossesse tubaire ».

La difficulté du diagnostic est souvent d'autant plus grande qu'aucun signe n'est absolument spécial à l'une de ces deux affections; la fièvre, nous l'avons vu, est souvent absente dans l'appendicite, et elle peut par contre être assez élevée dans la gestation ectopique rompue. Plusieurs auteurs ont rapporté des observations où ces erreurs ont été commises : Falk, Lindner (*Arch. für gyn.*, Berlin, 1907), Vautrin (*Annales gyn. et obst.*, Paris, 1914) et Tédénat, qui en a rapporté

(*Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1925) un nouvel exemple. Signalons, parallèlement avec Pillet (Thèse Lyon, 1908), qu'il peut y avoir coexistence d'appendicite aiguë et d'inondation péritonéale.

Cependant, dans la plupart des cas, il n'y aura lieu d'envisager l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine rompue que dans les trois ou quatre premiers mois qui suivent l'interruption des règles (Glotain, thèse Paris, 1915).

L'hématosalpinx, l'hématocèle rétro-utérine suppurée, peuvent souvent en imposer pour une appendicite pelvienne. Mauclore (*Gaz. des hôpit.*, 3 mars 1925, p. 423) insiste même sur la coexistence possible d'hématosalpinx et d'hématocèle avec une appendicite souvent pelvienne et expose les difficultés de ce diagnostic.

4° La pyélonéphrite peut être bien souvent simulée par l'appendicite rétro-cæcale, à cause de la douleur, de la contracture lombaire et même des symptômes vésicaux, réactionnels, observés dans 10 p. 100 des cas environ. On dit classiquement que dans la pyélonéphrite la température a de plus grandes oscillations que dans l'appendicite et que la recherche du pus ou de bacilles dans les urines peuvent faire raison de ce diagnostic. A notre avis, ce dernier argument n'est point décisif, car si l'absence de pus ou de bacilles dans les urines est en faveur de l'appendicite, leur présence ne permet pas d'éliminer ce diagnostic, car il peut y avoir coexistence de ces deux affections, comme l'ont relaté Jerlov (*Suppl. ad. act. Scandinav. gynec.*) et Langevin (Thèse Seguy, p. 90).

5° La colique néphrétique est rare pendant la gravidité. Sa douleur est d'emblée plus vive que celle de l'appendicite, mais son irradiation vers les cuisses ou la vessie pourrait faire penser à une appendicite pelvienne. La température n'est pas élevée dans la colique néphrétique.

6° Un début de travail d'avortement ou d'accouchement peut être pris pour une appendicite. L'interruption de la grossesse est causée par la péritonite consécutive à la perforation appendiculaire ou par la contracture utérine résultant de l'irritation d'un abcès appendiculaire voisin. La température

s'élève, mais on la met trop facilement sur le compte du travail ou d'une affection utérine surajoutée s'il s'agit d'avortement; on fait un toucher, et trop facilement, surtout si l'utérus est en contracture, on croit trouver un col légèrement effacé. Erreur de diagnostic grave, car elle fait perdre un temps précieux, et qu'il est souvent trop tard d'intervenir lorsqu'apparaissent les signes d'une péritonite généralisée. Les observations de Pinard (*Ann. gyn.*, 1900), de Hartmann et Legrand (*Soc. anat.*, Paris, 1911), celles de Chaput (Thèse Bordeaux, 1922, obs. XI et XXII) et de Seguy (Thèse Paris, 1927, obs. V, VI, IX) soulignent cette erreur de diagnostic.

7° La salpingite, cause fréquente de stérilité, coexiste rarement avec la gestation. L'erreur entre une salpingite et une appendicite pelvienne ne serait possible que s'il y avait infection des voies génitales et fécondation simultanées.

8° La rupture utérine ne peut guère être prise pour une appendicite, car, pendant la grossesse, l'utérus ne peut guère se rompre que sous l'action d'un traumatisme. Au moment de l'accouchement, la confusion sera seule possible, mais il faudra, dit Glotain, « attacher une grande importance à l'élévation de la température, qui est la règle dans l'appendicite ». A notre avis, les antécédents au point de vue césarienne ou fibromatose utérine, pourront fournir des renseignements précieux.

9° L'infection puerpérale pendant les suites de couches est, selon nous, d'un diagnostic plus aisé. En effet, les difficultés de l'examen qui existaient pendant la grossesse sont supprimées par l'accouchement; la paroi abdominale, même relâchée, facilite la palpation et on sent aisément sous ses doigts le globe ferme de l'utérus. Il faudra rechercher les signes locaux propres à l'appendicite et, d'autre part, noter l'absence des symptômes de l'infection utérine. Cependant les deux affections peuvent coexister : Stoehler (*Monarsch. f. Geb. u. gyn.*, XXVI, p. 156). Weber (*Deutsch. Zeitsch. für chirurg.*, XCIII, p. 292).

10° Le phlegmon du ligament large *post partum* a des signes

assez évidents : sa dureté ligneuse, sa forme en cigare, dont une des extrémités vient faire saillie dans un des culs-de-sac latéraux. La température est généralement élevée, près de 4 degrés. La paroi est souple et permet une exploration aisée.

II. — *Appendicite chronique.*

Symptomatologie.

Avec Trémolières et Caussade (Roger et Widal, *Traité de path. int.*, t. XIV, p. 168), on peut envisager trois types d'appendicite chronique :

- 1° Appendicite chronique à la suite d'une crise aiguë;
- 2° Appendicite à rechutes (Talamon);
- 3° Appendicite chronique d'emblée.

Nous insisterons peu sur les deux premières formes mentionnées ci-dessus; en effet, lorsque l'appendicite chronique succède à une crise aiguë, le diagnostic en est relativement aisé. Il s'agit d'une malade ayant eu, antérieurement à sa grossesse, une crise qui a cédé aux traitements habituels et n'ayant pas voulu, le plus souvent, subir une intervention. Il a persisté seulement, dans la fosse iliaque droite, une sensation de pesanteur qui s'aggrave au moment des règles de douleurs intermittentes. Survient une grossesse; on note alors un redoublement des phénomènes accusés par la malade. « L'appendicite est le premier cri de souffrance de l'organe enflammé au cours de la gravidité. » (Homsy, thèse Bordeaux, 1918.) C'est une douleur sourde, mais qui augmentera d'intensité avec l'âge de la gestation.

Les troubles digestifs sont accentués (Homsy, obs. III et V); la femme a des alternatives de diarrhée et de constipation, la langue est saburrale.

Dans d'autres cas, au cours d'un état chronique, les crises aiguës se répètent et c'est sur leurs caractères que se fonde le diagnostic.

Mais de toutes les formes d'appendicite chronique, la plus intéressante et la plus fréquente pendant la grossesse est celle dont le début n'a été marqué par aucune crise aiguë. On conçoit aisément que les symptômes de cette forme d'appendicite chronique soient encore plus délicats à interpréter, car ils se confondent avec les manifestations habituelles d'une grossesse par ailleurs normale, le diagnostic n'étant pas éclairé par les antécédents.

On trouve le plus souvent que l'appendicite chronique d'emblée se manifeste surtout par de la douleur et des troubles dyspeptiques.

Mais cette douleur, surtout spontanée, n'est pas nette à l'exploration comme dans l'appendicite aiguë. Elle est d'ordinaire intermittente, siégeant souvent dans la région épigastrique et pouvant ainsi faire penser à un ulcère pylorique ou duodénal; elle peut être provoquée par la pression du fémoro-cutané ou du génito-crural à leur point d'émergence (Pierre Descomps).

A partir du quatrième ou cinquième mois de la grossesse, les mouvements du fœtus réveilleront cette douleur. Parfois l'appendicéa n'apparaît même pas, elle est remplacée par un malaise qui se produit un quart d'heure, une demi-heure, au lever, et se termine souvent par une poussée diarrhéique.

A la douleur s'ajoute un état nauséux, parfois presque permanent, qui succède à chaque prise d'aliments. Ces vomiturations incessantes, véritables régurgitations alimentaires qui s'accompagnent de tiraillements dans le ventre sont ici un symptôme de haute valeur; et il faut se garder, par un examen trop hâtif de la malade, d'attribuer ces troubles à l'intoxication gravidique et de les intituler vomissements incoercibles de la grossesse. A cet état nauséux s'ajoutent d'autres symptômes gastriques; les digestions sont lentes et pénibles; la malade présente des dégoûts à l'égard de certains aliments.

La constipation est de règle; la langue est saburrale, grisâtre; l'haleine fétide.

La fièvre est très inconstante, 37°8; elle apparaît souvent le soir et cette fébricule peut faire croire à la tuberculose.

Le facies est pâle, terreux, les conjonctives sont souvent subictériques. Il y a même parfois un ictère chronique apy-rétique (C. Caplesco) avec urobilinurie.

L'albuminurie précoce a une certaine valeur; les troubles vésicaux réflexes avec urine amicrobienne se rencontrent aussi.

Les phénomènes nerveux sont des signes de moins d'importance; les douleurs erratiques, les modifications du caractère, la céphalée, l'insomnie, tous ces symptômes décrits par Enriquez et Guttmann sous le nom de « vagotonie appendiculaire » peuvent être aussi bien mis sur le compte de la grossesse que sur celui de la lésion appendiculaire, même si le mot de toxémie gravidique n'est qu'un vain terme.

Diagnostic.

Si nous faisons maintenant l'étude du diagnostic de l'appendicite chronique pendant la grossesse, nous verrons que les difficultés sont plus grandes encore que pour l'appendicite aiguë, car elle ne donne le plus souvent, nous l'avons vu, que des signes que l'on peut confondre avec les manifestations d'une grossesse banale, et qu'ensuite toutes les lésions inflammatoires ou congénitales du cæcum et du côlon proximal, ou du carrefour droit se traduisent par des symptômes qui prêtent à confusion avec l'appendicite.

De Martel et Antoine ont mis en relief ces fausses appendicites. Il s'agit tantôt d'un cæcum anormalement mobile, avec de la stase, de la dilatation; dans d'autres cas les troubles pseudo-appendiculaires sont dus à la périviscérite du carrefour inférieur, qui fixe souvent en position anormale un cæcum ptosé.

Les typho-colites glaireuses sur lesquelles Dieulafoy avait déjà attiré l'attention, les lésions salpingo-ovariennes droites, la péritonite tuberculeuse périappendiculaire, la péricolite

membraneuse due à la membrane de Jackson, la coudure de Lane ont souvent fait porter le diagnostic d'appendicite chronique.

Homsy, dans sa thèse, insiste sur la confusion possible entre l'entéro-colite et l'appendicite.

Le diagnostic, dit Chaput, est des plus délicats entre l'appendicite et la lithiase biliaire chronique; « on ne peut pas arriver à définir l'affection primitive surtout quand l'appendice est en position haute ».

En faveur des affections rénales droites on peut noter, dans les cas nets, des douleurs irradiées vers les cuisses et la vessie, de la pyurie, de l'hématurie, la palpation douloureuse des points urétéraux.

L'examen radiologique aide beaucoup à l'interprétation de ces symptômes cliniques. L'appendice normal se remplit toujours une ou plusieurs fois au cours de la traversée digestive, on peut le constater radiologiquement à condition d'ajouter un véhicule assez fluide au repas opaque. Il faut associer l'examen radioscopique à la palpation sous l'écran; « la constatation d'une zone douloureuse dans la région iléo-appendiculaire accompagnant le cæcum dans ses migrations constitue une présomption de haute valeur en faveur de l'appendicite chronique (Brodin et Ronneaux).

L'examen du sang peut encore ajouter un élément à l'enquête clinique. On constate le plus souvent, dans l'appendicite chronique, une leucocytose à type lymphocytaire (Enriquez, Antoine). Cependant, si l'abcès est bien enkysté, on peut ne rien constater (Sonnenburg).

En résumé, l'appendicite chronique survenant chez la femme enceinte est d'un diagnostic difficile. Une observation minutieuse de tous les viscères abdominaux s'impose tant cette affection revêt un caractère clinique sournois. Il faut en être prévenu pour pouvoir instituer un traitement qui suive ce diagnostic formel.

EVOLUTION

Tous les types évolutifs que l'on rencontre en dehors de la gestation peuvent également être présentés par l'appendicite au cours de l'état puerpéral. Cependant, il semble cliniquement que, dans ce cas, l'*augmentation progressive* du volume de l'utérus, les *phénomènes mécaniques de l'accouchement* ou de l'avortement, l'*involution utérine* ensuite, aggravent nettement les processus inflammatoires appendiculaires ou péri-appendiculaires anciens ou récents.

Le travail joue, semble-t-il, le rôle essentiel. « Les contractions utérines traumatisent l'appendice malade et peuvent aggraver ou diffuser l'infection. » (Seguy.) Surtout, comme le croit Pankow, si l'utérus participe directement à la limitation du foyer inflammatoire.

L'involution utérine rapide, qui suit l'accouchement, ne peut que retarder la résolution des phénomènes inflammatoires, en modifiant le rapport des organes et en tirillant ainsi sur les brides qui pouvaient s'être organisées pour enkyster le foyer. Hergott avait déjà insisté sur ces faits (Congrès des sciences médicales de Paris, 1900), et les observations de Porak et Daniel, de Frœlich, et plus récemment celles de Tédénat, d'Hipsley, viennent encore les confirmer.

On a donc suivant les circonstances :

a) La résolution rapide de la crise appendiculaire sans production de péritonite plastique apparente cliniquement : cette évolution ne se rencontre guère qu'au début de la grossesse et surtout lorsque la malade n'a présenté antérieurement aucune autre crise appendiculaire. Sous l'influence du traitement habituel, les symptômes rentrent dans l'ordre rapidement. « Seule, la douleur locale est, de tous les signes, celui qui semble persister le plus longtemps. » (Seguy.)

Ultérieurement la malade pourra présenter de nouvelles crises à symptômes cliniques plus graves, à pronostic plus sévère.

L'interruption de la gestation est rare dans ce cas. D'après les observations que nous avons dépouillées, le pourcentage serait inférieur à 10 p. 100; pour Stolper même, il n'atteindrait pas 5 p. 100.

b) Résolution tardive de l'appendicite après production d'un plastron péritonéal.

L'interruption de la gestation est ici plus fréquente que dans le cas précédent; on la retrouve dans 15 p. 100 des cas environ.

Pour Jerlov, ces appendicites plastiques auraient le plus souvent une allure moins franche qu'en dehors de la gestation, la fièvre et l'accélération du pouls seraient moindre et cela viendrait encore compliquer le diagnostic de ces péritonites appendiculaires qui peuvent en imposer pour une *péricholécystite* (Weber, *Deutsche Zeitsch. für chirurg.*, XVIII, p. 292); pour des *kystes de l'ovaire* tordus et suppurés (Vautrin), pour un *fibrome tordu* sur son *pédicule*, Maygrier (*Acad. de méd.* 21 févr. 1904). Routier (*in* thèse Pénard, p. 57) rapporte une observation où une péritonite appendiculaire enkystée en position basse avait été prise pour une salpingite.

Lorsque ces péritonites enkystées apparaissent après l'accouchement ou l'avortement, la difficulté d'exploration est moindre, l'utérus ayant repris ses dimensions normales, mais elles peuvent cependant donner lieu à de multiples erreurs de diagnostic. Les *suppurations pelviennes péri-utérines*, plus rarement à notre avis, bien que l'erreur ait été commise (Henry et Arnaud, *Marseille médical*, 1923, p. 436; Tédénat, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1925, obs. IV, p. 237), et le *phlegmon du ligament large* peuvent simuler ces péritonites enkystées.

c) Evolution de la crise appendiculaire vers une péritonite diffuse.

Dans ce cas, l'interruption de la gestation atteint une très grande fréquence. Il semble même que la précocité de l'évacuation utérine soit fonction de la virulence de l'infection pé-

ritonéale; cependant, il arrive parfois que l'utérus, dans des formes de péritonites adynamiques, n'entre pas en contraction et que le fœtus meure *in utero*. (Laroyenne, obs. citée in thèse Jarca, 1898).

Sans doute, on rencontre plus fréquemment ces cas à la fin de la gestation, alors que des phénomènes mécaniques apparaissent du côté de l'utérus gravide en début de travail; mais il se produit également chez des femmes ayant eu antérieurement, à leur grossesse, des crises appendiculaires traitées seulement par des moyens médicaux.

Le diagnostic de ces péritonites généralisées appendiculaires, à symptômes souvent peu marqués, est délicat. Il faut se garder de prendre trop hâtivement le ballonnement abdominal, l'absence de fièvre et même l'absence de défense abdominale pour une occlusion intestinale. On se souviendra alors que, dans la péritonite, le pouls, du moins au début, est plus altéré que dans l'occlusion et qu'une phase de diarrhée précède presque toujours, dans l'infection du péritoine, l'arrêt des matières et des gaz qui n'est que plus tardive (Maygrier).

Une autre erreur de diagnostic, plus fréquente et plus grave, peut se produire lorsque la péritonite apparaît après le travail, et que l'on impute à l'infection puerpérale, les accidents observés. Nous insisterons peu ici sur ce cas, en ayant déjà parlé plus haut, au chapitre du diagnostic. Il nous suffira de rappeler que les observations de Howard Crutcher (*Méd. record.*, New York, 1896), de Porrak et Daniel, de Glottain, illustrent ces faits.

PRONOSTIC

Nous serons bref sur ce chapitre. Dans l'étude que nous avons faite sur l'influence réciproque que l'appendicite et la grossesse ont l'une sur l'autre, nous avons cité des chiffres qui établissent suffisamment la gravité du pronostic pour la mère et pour l'enfant. D'autre part, les interventions prophylactiques précoces, qui sont la tendance actuelle, supprimant au moins la mortalité maternelle, ne nous ont pas permis d'établir une statistique personnelle fondée sur des cas nouveaux. Nous citerons donc simplement quelques auteurs qui ont donné des résultats d'ensemble sur les cas d'appendicite gravidique qu'ils ont étudiés.

Heason et Boije trouvent qu'il y a mort chez la mère dans 50 p. 100 des cas environ. Pinard rapporte les cas suivants : la mortalité maternelle atteint 100 p. 100 dans les cas avec péritonite généralisée et non opérée. Les cas avec péritonite enkystée et non traitée chirurgicalement, donnent 15 p. 100 de mortalité foetale et maternelle, pour les cas opérés la mortalité maternelle atteint 2 p. 100; quand la péritonite est généralisée et que l'on opère, la mortalité est de 62 p. 100.

Schmid, Myer, Perès, Pénard donnent des chiffres encore plus élevés, même dans les cas où il y a eu intervention. Sur ces chiffres, s'est fondée l'opinion classique que la gestation aggrave le pronostic de l'appendicite. Vraie au point de vue général, cette opinion se trouve légèrement modifiée dans sa forme si l'on étudie soigneusement les observations rapportées par ces différents auteurs. On en déduit aisément que c'est dans la deuxième moitié de la grossesse, et plus particulièrement au moment où se produisent les phénomènes mécaniques de l'accouchement ou de l'avortement, que les complications

deviennent plus fréquentes (perforation, gangrène, généralisation de l'infection) et que, partant, le pronostic s'assombrit.

Dans les chiffres que nous rapportons, il n'a été question que de l'appendicite aiguë; le pronostic de l'appendicite chronique est plus bénin, si, comme le recommande Homsy, on opère dans les premiers mois de la grossesse. Il l'est peut-être moins pour le fœtus si l'infection maternelle se propage à la circulation fœtale par la voie transplacentaire (Pinard et Wallich, *Clin. obst.*, 1898), ce qui est démontré encore par l'observation de Kronig, qui trouve des bacilles dans les coupes du placenta (Bakteriol. der genitlakan. Leipzig, 1897, p. 107). Enfin, il y a des faits où l'enfant né vivant, meurt dans les heures qui suivent, avec parfois de l'ictère, ou une sensibilité digestive très grande vis-à-vis des albuminoïdes, comme le relatent les observations I de Chaput et VIII de Seguy.

TRAITEMENT

Nous ne nous attarderons pas au traitement médical. On sait déjà depuis longtemps qu'il n'existe pas, à moins que sous ce nom on ne comprenne les quelques moyens, glace, diète, qui permettent au chirurgien de laisser se calmer les phénomènes aigus et de n'intervenir qu'au moment qu'il juge favorable. L'appendicectomie reste donc le seul traitement, puisque c'est la seule façon d'être maître de l'extrême danger, présenté, chez les femmes atteintes d'appendicite au cours de la gestation, par le déclanchement toujours possible du travail. Cette façon de procéder entraînera peut-être quelques appendicectomies qui auraient pu être différées, les incertitudes du diagnostic étant assez fréquentes, mais elle évitera, en tout cas, des désastres.

Depuis longtemps, sauf Pérès, qui proposait un traitement médical avec statistiques à l'appui, et Sonnenburg, Kœnig, Fueth, Weber, qui étaient partisans de l'expectation, du moins dans les cas bénins, tous les auteurs ont conclu que cette opération peut être tentée chez la femme enceinte, pourvu, disait Pinard, que l'utérus ne soit pas intéressé directement par l'action chirurgicale et qu'il n'y ait ni infection ni hémorragie. Ce même auteur propose même l'appendicectomie préventive chez toute jeune fille ou, en général, toute jeune femme en période d'activité génitale qui présente une atteinte appendiculaire nette. Monod est du même avis (Soc. obst., Paris, 1903). Pénard faisait dans sa thèse une étude favorable à cette manière de voir, et c'est également la tendance actuelle.

Indications opératoires. — La difficulté consiste à fixer le moment et la modalité de l'intervention.

L'idéal serait d'opérer dès le début de la crise, dans les

trente-six premières heures, puisqu'il n'existe aucun critérium qui permette de préjuger l'évolution d'une appendicite, et puisque, d'autre part, on sait que, dans ces conditions, l'intervention offre un minimum de danger. Malheureusement, le chirurgien n'est souvent appelé que plusieurs jours après le début de la crise, c'est-à-dire au moment le plus défavorable pour l'intervention. Seguy trouve qu'il est alors plus sage d'attendre, pour opérer, le refroidissement des lésions, qui semble être obtenu par les moyens habituels aussi facilement pendant la gestation qu'en dehors d'elle, lorsque du moins on se trouve en présence d'une appendicite simple sans réaction péritonéale appréciable. Mais nous préférons nous ranger à l'opinion de Pénard, qui est interventionniste en raison de la gravité du pronostic, surtout s'il s'agit d'une grossesse avancée.

L'hésitation ne sera pas permise si l'on a le moindre soupçon d'une généralisation de l'infection au péritoine. L'intervention immédiate est la seule chance de survie que l'on puisse donner à la mère.

Jerlov a relevé, dans les cas de péritonites généralisées appendiculaires, une mortalité de :

6 p. 100 dans les cas opérés dans les quarante-huit heures.

30 p. 100 dans les cas opérés le troisième jour;

75 p. 100 dans les cas opérés le quatrième jour;

90 p. 100 dans les cas opérés ultérieurement.

Lorsqu'il existe une suppuration circonscrite dans la région péricæcale, nous croyons, avec Frænkel, qu'il faudra agir rapidement. On pourra alors limiter l'intervention au minimum, en ouvrant prudemment la paroi et en drainant sans chercher à atteindre l'appendice; ultérieurement, quand le refroidissement des lésions le permettra, on pourra pratiquer l'appendicectomie.

Technique. — La technique opératoire n'est pas sensiblement modifiée du fait de la gravité. Il faudra cependant éviter tout traumatisme de l'utérus.

L'incision peut être, suivant les préférences de l'opérateur.

l'une des incisions classiques de Roux, Mac Burney, Jalaguier. A cause des déplacements possibles de l'appareil cæco-appendiculaire vers le haut ou vers la cavité pelvienne, il nous paraît préférable d'utiliser une incision à direction verticale type Jalaguier ou la laparotomie à travers le muscle grand droit, incisions qui se prêtent mieux que celles obliques de Roux à un agrandissement vers le haut, s'il en est besoin.

Toutefois, la situation anormale de l'appendice peut rendre l'intervention relativement pénible; s'il est en situation rétro-cæcale, l'agrandissement de l'incision pariétale vers le haut et le décollement du mésocolon ascendant de dehors en dedans permettront de l'atteindre sans traumatiser l'utérus. S'il est en situation perlvienne, Hirst conseille de faire une laparotomie médiane et d'extérioriser l'utérus. Cette pratique entraîne parfois l'interruption de la gestation.

Lorsqu'il y a péritonite généralisée, on pourra être amené à abandonner la recherche de l'appendice et à faire seulement un drainage. Ce drainage, facile dans la première moitié de la grossesse, devient une intervention compliquée lorsque l'utérus constitue, à partir du sixième mois, une cloison médiane dans la cavité abdominale. C'est pour cela que certains auteurs, ne voulant pas pratiquer la technique de Segond et de Mauclair, qui consiste à faire une contre-incision dans la fosse iliaque gauche, ont préconisé, comme MM. Arthur, Schmid, Tissier, l'évacuation chirurgicale ou obstétricale de l'utérus avant l'appendicectomie.

Ces deux méthodes sont dangereuses : l'évacuation de l'utérus par manœuvres obstétricales, lorsque la femme n'est pas en travail, peut créer un traumatisme véritable de l'abdomen, qui pourra déterminer la rupture d'adhérences protectricées, elle nécessite en tout cas des manœuvres longues et pénibles, qui constituent une perte de temps préjudiciable. L'évacuation chirurgicale, soit par césarienne abdominale, soit par césarienne vaginale, est également peu satisfaisante. Par contre, la technique de Hirst, qui se débarrasse de l'utérus gravide par hystérectomie abdominale subtotale, précédée de césarienne si le

foetus est viable, avant de pratiquer l'appendicectomie, est, à notre avis, beaucoup plus satisfaisante. Elle permet surtout, en effet, d'instituer, grâce à la laparotomie médiane et à l'ablation de l'utérus, un drainage à la Mikulicz, qui isolera la suture du moignon des foyers péritoniaux infectés. Cette méthode, cependant, ne peut s'employer qu'exceptionnellement, car l'état de pareilles malades ne permet guère de faire sans danger une hystérectomie subtotale après une laparotomie déjà shockante.

Dans les cas seulement où la femme est en travail et à une période avancée de dilatation du col, il est permis (Tissier) d'achever la dilatation et de faire une application de forceps avant de pratiquer l'intervention chirurgicale.

En résumé, dans la grande majorité des cas, et en particulier jusqu'au septième mois de la grossesse, le traitement de l'appendicite est sensiblement le même qu'en dehors de la gestation; à partir du septième mois, dans le cas de péritonite appendiculaire généralisée, on pourra appliquer la méthode de Hirst en instituant un drainage large à la Mikulicz.

Suites opératoires. — L'évolution de la cicatrice se fait normalement, et nous n'avons pas trouvé signalé le danger d'événtration.

Chaput rapporte l'observation d'une malade dont la cicatrice médiane, longue de 12 centimètres, résista pendant l'accouchement, qui eut lieu vingt-six jours seulement après l'opération, malgré la formation d'un abcès de la paroi dix jours avant le travail.

Pendant il sera bon, dans ces cas de laparotomie médiane faite peu de temps avant le commencement du travail, de surveiller la malade au moment des contractions utérines pour intervenir en temps opportun par une application de forceps, pour éviter une événtration.

OBSERVATIONS INEDITES

OBSERVATION XII.

(M. le Professeur GUYOT.)

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire opérée au quatrième mois de la grossesse. Mikulicz. Guérison. Accouchement à terme d'un enfant vivant. Deuxième opération pour obstruction intestinale huit jours après l'accouchement. Appendicectomie. Iléocolostomie transverse ». Guérison.

Mme M... (Marie), 41 ans. I-pare. Enceinte du mois d'octobre 1927. Ses dernières règles ont été fin septembre, début d'octobre.

Au point de vue antécédents pathologiques, on note seulement une diphtérie chez cette jeune femme mariée depuis 15 ans et qui n'a jamais été enceinte jusque-là. La malade, qui a eu ses premières règles à 11 ans, a toujours été bien réglée, sauf pendant cette diphtérie et deux ou trois mois avant son mariage. Elle a toujours eu beaucoup de pertes blanches et souffrait, même après une fatigue légère, d'une pesanteur dans le bas-ventre. Elle n'est pas ordinairement très constipée.

Depuis deux ou trois ans, cette malade ressentait fréquemment des douleurs en coup de poignard dans le bas-ventre. Ces douleurs duraient dix minutes environ, sans irradiation, sans localisation précise, et elles se calmaient ensuite sans le secours d'aucun traitement. En même temps que ces douleurs, la malade avait quelques nausées, mais peu de vomissements. Elle avait remarqué que ces crises abdominales coïncidaient avec une période de constipation, mais elle ne s'en inquiétait pas outre mesure, tout cela ne l'empêchant point de continuer ses occupations habituelles. Elle dit ne jamais avoir eu de fièvre pendant ces divers troubles.

Mais, depuis deux ou trois mois, c'est-à-dire depuis le commencement de sa grossesse, ces douleurs sont devenues plus violentes et beaucoup plus fréquentes. Elle est très constipée; elle présente également des troubles de l'appétit et elle vomit très souvent. Comme elle se sent très faible, qu'elle maigrit, qu'elle trouve, en résumé, que sa grossesse est pénible, elle va consulter le Docteur Leduc, qui constate sa grossesse et pense à une appendicite. Quelques jours après, malgré le traitement (glace, diète), la malade est prise d'une crise de violentes douleurs dans le bas-ventre, de vomissements, de fièvre. A l'examen, son facies est mauvais, terreux, le nez pincé, son pouls est filant, son ventre est ballonné. M. le Professeur Guyot, consulté, diagnostique une péritonite généralisée d'origine appendiculaire et décide d'intervenir immédiatement.

Opération, le 18 février à 18 heures (M. le Prof. Guyot, aidé du Dr Jean Villar; anesthésiste, Dr Leduc) : Incision médiane sous anesthésie au Schleich. Dès le ventre ouvert, on trouve un gros utérus gravide, d'un volume de quatre mois environ, baignant dans le pus. Le pus qui s'écoule autour de l'utérus est épongé à la compresse; les anses intestinales grêles, rouges, baignent dans le pus; on trouve également un gros foyer purulent sous-hépatique.

Devant la gravité de l'état général, après toilette du péritoine, asséchage à la compresse et attouchement à l'éther, on met un Mikulicz, avec quatre mèches et un drain.

Suites opératoires : Très graves; on fait à la malade trois injections hypodermiques de 500 centicubes de sérum physiologique, de la caféine, de l'huile camphrée; on lui place une vessie de glace sur le ventre et on fait un abcès de fixation. Etat des plus alarmants pendant quatre ou cinq jours; cependant on observe une grosse réaction du côté de l'abcès de fixation.

La malade sort guérie de la Clinique le 28 mars 1928; sa plaie abdominale est longue à se cicatriser du fait de la gravidité de l'utérus : la cicatrisation est obtenue le 22 mai.

La grossesse continue et la malade accouche normalement (Dr Ballard) d'un enfant vivant et bien constitué (10 juill. 1928).

Quatre ou cinq jours après l'accouchement, le Professeur Guyot est appelé d'urgence auprès de la malade parce qu'elle présente des

signes d'obstruction intestinale. Elle souffre d'une manière continue avec des crises d'exacerbation. Il y a arrêt des gaz et des matières. A l'examen, on voit les anses grêles se dessiner sous la peau.

Le Professeur Guyot opère à nouveau la malade le 19 juillet 1928. Sur le côté droit de l'utérus se trouve l'appendice avec abcès et de très nombreuses adhérences aplatissant l'intestin grêle : appendicectomie et iléo-colostomie transverse au bouton de Jaboulay, cette dernière manœuvre en raison d'un bloc d'adhérences susceptibles de gêner le transit intestinal au-dessous de la bride sectionnée, cause de l'obstruction intestinale.

Après cette intervention, dont les suites furent normales, la malade guérit et est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION XIII.

Mme G... (Jeanne), 21 ans, II-pare.

Entre dans le service de M. le Professeur Guyot le 16 juin 1928 parce que, enceinte de quatre mois environ, elle souffre du ventre au niveau de la fosse iliaque droite et qu'elle présente des nausées, des vomissements et de la fièvre.

On note comme antécédents une pleurésie à 13 ans. Elle a été réglée à 14 ans, irrégulièrement. Mariée il y a un an, a eu une grossesse normale avec un accouchement normal, mais son enfant est mort à 2 mois 1/2 de convulsions. Ses dernières règles datent du 9 février.

Elle a présenté, en février dernier, une première crise abdominale douloureuse avec des vomissements, de la fièvre, de la constipation. On lui fit un traitement médical : quinze jours de repos au lit avec de la glace sur le ventre. Puis, le 9 juin 1928, elle fit une deuxième crise analogue à la première, ne voulut pas se soigner, mais, comme la douleur augmentait, elle se décida à entrer à l'hôpital.

Le 18 juin, la malade présente un bon état général; son ventre est augmenté de volume dans la partie sous-ombilicale. La palpation montre un point douloureux très net, au niveau de l'appendice.

Pas d'autres points douloureux par ailleurs. Le toucher vaginal montre un col non entr'ouvert, un gros utérus antéfléchi remontant jusqu'à l'ombilic, non douloureux, des culs-de-sac normaux, non douloureux.

Le 23 juin, sous l'influence du traitement (glace sur le ventre) la malade ne souffre plus de son appendice.

Le 26 juin, intervention. Incision de M. Burney agrandie pour rechercher l'appendice malade entouré de péritonite plastique, gros et adhérent dans toute son étendue. On parvient à l'enlever par le procédé habituel. Fermeture de la paroi en trois plans. Drainage avec un drain n° 4 entouré de mèches.

Le 8 juillet, on enlève les points. Excellent état local et général.

Le 17 juillet, la malade sort du service guérie; la grossesse continue.

OBSERVATION XIV.

*Appendicite aiguë et grossesse. Appendicectomie à chaud. Drainage.
Avortement de quatre mois le 22 novembre 1927.*

C... (Marie), 23 ans, II-pare.

La malade, examinée par le Docteur Villar, entre à l'hôpital, sur ses conseils, parce qu'elle souffre de sa fosse iliaque droite depuis quinze jours. Elle est admise dans le service de M. le Professeur Guyot le 22 septembre 1927.

Réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été régulières, mais douloureuses au début.

Avortement de trois mois en mars 1926. A la suite de cet accident, M. le Professeur Bégouin lui fait un curettage; mais son état est long à s'améliorer; ses règles, depuis cette intervention, sont peu abondantes; dans l'intervalle, elle a commencé à présenter des pertes blanches. Depuis mars 1926, elle se plaint de légères douleurs abdominales et d'irrégularité dans sa menstruation. Au mois de juin et au mois de juillet, elle a un retard de huit à dix jours; au mois d'août, elle reste jusqu'au 28 sans voir ses règles et, après une injection, se met à perdre du sang. A partir de ce moment, elle souffre davantage de sa fosse iliaque droite, et cette douleur, qui pro-

oède par crises, s'irradie dans la cuisse droite. C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital, le 22 septembre, avec le diagnostic d'avortement; on la traite par le repos, la glace sur le ventre, elle présente une température légère.

Le 26 septembre, son ventre est ballonné et elle souffre de douleurs abdominales; elle a des vomissements, ne rend plus de gaz; la température est de 36°6; son pouls est bon.

Le 28 septembre, les douleurs se localisent surtout dans la fosse iliaque droite; elle ne présente pas de hoquet; on décide l'intervention immédiate. Incision de Roux. On trouve un liquide sale dans le ventre et un gros appendice rouge vif, plongeant dans le petit bassin, où il adhère profondément par sa pointe. En le décollant, on ouvre un petit abcès, dont on aspire le pus avec l'aspirateur. Appendicectomie, drain, mèches, fermeture de la paroi.

Suites. — Graves durant deux jours, puis amélioration rapide; rend des gaz le deuxième jour; ne vomit pas. Le sixième jour, ablation du drain. Le dixième jour, ablation des mèches. Suites normales.

Le 7 novembre, plaie abdominale cicatrisée; quelques douleurs, et on perçoit une masse dans la fosse iliaque gauche. On lui met de la glace sur le ventre. Au toucher : gros utérus; la grossesse semble continuer; la malade perd un peu de sang de temps en temps.

Le 20 novembre, la malade se plaint de souffrir beaucoup de son bas-ventre; ces douleurs simulent des coliques. Le 21, ces douleurs deviennent expulsives, et le 22, après beaucoup de souffrance, la malade fait un avortement de quatre mois. Les suites sont sans incident, pas de température.

La malade quitte l'hôpital le 25 décembre; elle a eu ses règles normales du 9 au 18. A son départ, elle présente au toucher : des culs-de-sac profonds empâtés; un utérus gros et en arrière; à droite, on perçoit une masse très douloureuse adhérente à la cicatrice et plus grosse que du côté opposé.

OBSERVATION XV.

C... (Catherine), I-pare, entre dans le service de M. le Professeur Guyot le 29 juillet 1927, envoyée par le Docteur L... pour appendicite.

Au point de vue antécédents, on note qu'elle n'a jamais été malade pendant son enfance. Elle a été réglée à 15 ans 1/2 et ses règles étaient normales en durée et en quantité. En 1926, aurait eu des abcès dans la gorge, avec une atteinte assez marquée de l'état général.

Elle a eu ses dernières règles le 25 mai 1927, et au mois de juin, à l'époque présumée de ses règles, qui ne sont pas venues, elle fut prise de vomissements le matin. Cet état se prolonge pendant une quinzaine de jours; les vomissements sont accompagnés d'une douleur dans tout le bas-ventre, plus marquée cependant dans la fosse iliaque droite et n'empêchant pas la malade de vaquer à ses occupations.

La malade est très constipée; elle dit être restée quinze jours sans aller à selle; puis, brusquement, le 28 juillet, elle est prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite et vomit abondamment.

A l'examen, le ventre est très souple; on ne note pas de défense musculaire. La région péri-ombilicale est très douloureuse, de même que les points annexiels.

Opération (le 2 août). — Le Professeur Guyot fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès le ventre ouvert, on trouve un utérus gros, présentant des signes indéniables de gravidité. On pratique l'appendicectomie. Fermeture du ventre avec drainage : 4 fils métalliques extra-péritonéaux, surjet péritonéal, surjet musculo-aponévrotique, suture cutanée aux crins.

Injection de 1 centicube de morphine après l'opération.

Le 4 août, on enlève le drain. Suites normales; la grossesse continue.

OBSERVATION XVI.

Mme L..., VIII-pare, est envoyée d'urgence, par le Docteur Marcade, dans le service de M. le Professeur Guyot, où elle entre le 7 novembre pour crise d'appendicite aiguë; elle est enceinte de sept mois environ.

Pas de maladie de la première enfance. La malade a été réglée à 13 ans, régulièrement. Mariée à 23 ans, a eu sept grossesses dont une fausse couche.

La malade a présenté, depuis huit ans, trois violentes crises douloureuses dans la fosse iliaque droite; mais, de plus, elle raconte qu'à la suite d'un effort, d'une marche ou d'un travail quelconque elle ressentait également dans sa fosse iliaque droite une pesanteur douloureuse.

La dernière crise remonte au 5 novembre, alors que la malade est enceinte de sept mois. Sans aucun prodrome, la malade ressent une douleur sourde dans la fosse iliaque gauche d'abord, cette douleur ne l'inquiète pas, car, depuis sa grossesse, ces crises sont fréquentes. Mais cette douleur est bientôt suivie de coliques et d'une localisation de la douleur dans la fosse iliaque droite. Cette douleur abdominale a persisté jusqu'au 7 novembre.

Examinée alors à midi, la malade présentait un facies terreux, une langue sale; la température est à 39 degrés; le pouls à 88, bien frappé.

Le ventre est ballonné; la cicatrice ombilicale est dépliée. A la palpation, on note une contracture très nette de toute la paroi abdominale, mais plus marquée peut-être à droite. Sensibilité diffuse, mais cependant zone exquise dans la fosse iliaque droite, surtout aux points de Mac Burney et de Lanz. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic et les deux cornes sont légèrement douloureuses.

M. le professeur Guyot décide d'intervenir le soir même. Mais à 4 heures de l'après-midi, la malade commença à ressentir des douleurs caractéristiques du travail dans le bas-ventre. Ces douleurs se calmèrent une heure environ mais, vers 5 heures, la malade recommença à souffrir dix minutes, douleurs expulsives, et elle accoucha d'un fœtus de sept mois environ, qui mourut aussitôt.

Le 8 novembre, la température est à 38°8, le pouls à 104; la malade souffre beaucoup de son ventre. Injection de 250 centicubes de sérum glucosé sous-cutané; glace sur le ventre; diète absolue.

Le 11 novembre, la malade est très fatiguée, souffre toujours de son ventre, mais ne vomit pas. Pas de constipation, rend des gaz.

Du 14 novembre au 7 décembre, la malade s'améliore nettement; la température oscille entre 36 et 37 degrés; le pouls est à 80 environ. Elle a une selle normale par jour. On commence à lui donner un peu de lait.

Le 3 décembre, la malade perd un peu de sang.

Le 8 décembre, température à 37 degrés, pouls à 70. La malade a un bon état général; langue normale; selles régulières; elle s'alimente légèrement: purées, fruits cuits. Elle a toujours une vessie de glace sur le ventre.

A l'examen, le ventre est souple; la palpation profonde ne réveille plus qu'une petite douleur au point de Mac-Burney. Pas d'empâtement à ce niveau.

L'intervention est décidée pour le 11 décembre 1928.

OBSERVATION XVII.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Chavannaz
[p. 190, 23, juill. 1928].)

Mme B..., 20 ans, I-pare. Dernières règles le 1^{er} juin 1928.

Entre dans le service le 23 juillet, envoyée par le Docteur Marfand avec le diagnostic d'appendicite.

La première crise remonte à quatre ans; après une crise d'entérite, dit la malade, elle ressentit des douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de nausées, mais sans vomissement et sans fièvre. On lui fait mettre de la glace sur le ventre onze jours et elle garde le lit trois semaines.

Deuxième crise en juin 1925, traitée encore médicalement.

Troisième crise il y a trois mois, n'ayant duré qu'un jour. Depuis, la malade souffre de sa fosse iliaque droite au moment de ses règles, et à l'occasion de la moindre fatigue, elle n'avait pas alors de vomissements. Mais, depuis trois semaines environ, subitement la malade s'est mise à vomir et à souffrir de l'estomac; en même temps, elle n'est plus réglée. Son appétit a beaucoup diminué; elle n'a pas maigri et va à selle régulièrement.

Rien à signaler au point de vue antécédents.

Examen. — A la palpation, on trouve un ventre souple, mais la palpation au point de Mac Burney est douloureuse.

Toucher vaginal : Gros col mou; utérus gros comme le poing, mou et antéfléchi; annexes gauches douloureuses.

Toucher rectal : Douleur à la pression dans le cul-de-sac de Douglas, à droite. On décide l'intervention.

Le 25 juillet 1928, sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus congestionné; l'œuf semble surtout se développer au niveau de la corne droite. Appendice long et rouge.

Appendicectomie. Enfouissement. Suites normales.

Sort guérie de l'hôpital le 14 août 1928.

La grossesse continue.

OBSERVATION XVIII.

(Recueillie dans le service de M. le Professeur CHAVANNAZ
[Obs. 92, 17 mars 1928].)

Mme G..., 34 ans, entre dans le service pour douleur abdominale droite. Dernières règles le 22 décembre 1927.

Elle a eu une première crise semblable il y a huit ans; dix-huit jours après ses couches, elle ressentit une douleur brusque dans le bas-ventre à droite; elle eut en même temps des vomissements et un peu de température. Cette première crise dura quinze jours; elle fut traitée par les moyens médicaux ordinaires, diète et glace sur le ventre.

Elle eut une deuxième crise à la fin du mois de janvier 1928; elle était alors enceinte d'environ un mois. Elle ressentit alors une douleur violente à droite, accompagnée de vomissements. Dans le courant de janvier, elle avait simplement eu des nausées fréquentes. Elle avait peu de température; mais, depuis cette époque, les douleurs abdominales sont persistantes.

Dans ses antécédents, on note qu'elle a été réglée à 13 ans; ses règles ont été toujours douloureuses et irrégulières. Ictère à 14 ans. Elle a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu, il y a un an.

A l'examen, on trouve un point appendiculaire nettement douloureux. Le toucher vaginal révèle un col très ramolli, et un gros utérus qui remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic

Culs-de-sac souples. Annexes indolores.

Pas de température. On décide l'intervention.

Le 21 mars, sous anesthésie à l'éther, M. le Professeur Chavannaz lui fait une appendicectomie (Incision de Jalaguier courte; enfouissement du moignon).

Suites opératoires. — Le lendemain et le surlendemain, la malade a quelques vomissements; on lui fait un lavage d'estomac. Elle quitte l'hôpital le 14 avril 1928, complètement guérie. La grossesse continue.

Examen anatomo-pathologique de l'appendice. — Il est long, scléreux, avec une lumière de très petit calibre.

OBSERVATION XIX.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PARCELIER, chirurgien
des hôpitaux.)

Mme S... (Denise), 26 ans, cultivatrice, mariée à 20 ans, I-pare; dernières règles fin août 1928.

Cette femme entre à l'hôpital le 8 novembre 1928 parce qu'elle souffre du ventre et du creux épigastrique.

La malade raconte qu'elle souffre de la région épigastrique depuis l'âge de 18 ans environ. Ces douleurs se produisaient à une heure quelconque du jour et de la nuit, sous formes de crises d'une durée de plusieurs heures et survenant dix jours par mois.

Il y a trois ans s'installe progressivement un point douloureux torpide dans la fosse iliaque droite, dans la région du point de Mac Burney; ceci n'empêche cependant point la malade de continuer son travail, car cette douleur n'est pas augmentée par la marche ou la station debout; jamais la malade n'a vomi; elle n'a jamais eu ni fièvre ni diarrhée; son appétit est toujours resté normal, mais elle était ordinairement très constipée.

Examen de l'abdomen. — Le ventre est normal à l'inspection. La paroi est souple, sans aucune défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite. Toute la région abdominale est légèrement endolorie; pas de météorisme; à la percussion, la sonorité est normale. Le point de Mac Burney est très douloureux à la pression. La pal-

pation du cæcum est légèrement douloureuse; la pression dans la région duodéno-cholédocienne ne révèle rien, mais la région ombilicale est sensible. Pas de douleur épigastrique. Points costo-vertébraux et urétéraux indolores.

Examen de l'appareil génital. — La malade n'a pas eu ses règles depuis deux mois; elle est normalement bien réglée et ses règles durent huit jours. Pas de pertes blanches.

Toucher vaginal : On sent un col petit, fermé, dirigé en bas et en arrière. Les culs-de-sac latéraux sont libres, le toucher et la palpation combinés ne réveillent aucune douleur. Mais, à droite et à gauche, une palpation haute de la région abdominale combinée au toucher des culs-de-sac latéraux réveille une douleur très vive à droite, plus légère à gauche.

L'utérus est mobile, légèrement basculé en avant et augmenté de volume.

Les signes que présentait la malade ne s'améliorant pas sous l'influence du traitement médical ordinaire, et après une analyse cyto-bactériologique des urines qui est négative et un examen radioscopique avec repas opaque, on décide d'intervenir.

Examen radioscopique le 13 novembre 1928 (Service de M. le Professeur Réchou).

Premier examen : A 10 heures du matin, la malade ayant pris 50 grammes de bismuth à minuit et à six heures, on trouve un cæcum normal en position normale dans la fosse iliaque droite. La palpation sous l'écran montre un point douloureux sur le bord interne du cæcum, qu'on retrouve à tous les examens et qui ne varie pas quelle que soit la position dans laquelle on examine la malade (debout, couchée).

Le cæcum n'est nullement dilaté, ni douloureux lorsqu'on écrase son contenu sous l'écran.

Deuxième examen (6 heures après) : Le repas opaque se retrouve dans le cæcum et dans l'ascendant.

Intervention (le 17 novembre). — Incision horizontale. Appendicectomie. Appendice macroscopiquement normal. Suites normales.

Le 28 novembre, la malade sort guérie. Elle ne souffre plus. La grossesse continue.

OBSERVATIONS XX à XXV (résumées).

(Dues à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE, chirurgien
des hôpitaux.)

Obs. XX. — Mme L..., 21 ans, I-pare. Dernières règles août 1920. A eu, antérieurement à sa grossesse, deux crises d'appendicite soignées médicalement. Le début de sa grossesse a été pénible : vomissements, amaigrissement notable, douleurs légères dans la fosse iliaque droite à l'occasion de la moindre fatigue. Le Docteur Rabère l'opère le 9 novembre 1920. Petite incision. L'appendice est facilement enlevé. Guérison opératoire. La grossesse continue.

Obs. XXI. — Mme D..., 23 ans, II-pare. Enceinte de quatre mois. A eu trois crises antérieurement à sa grossesse actuelle. Comme elle souffre davantage du ventre à droite depuis qu'elle est enceinte, le Docteur Rabère conseille l'intervention. Appendicectomie après petite incision de la paroi, le 1^{er} mars 1923. Les suites opératoires sont normales. La grossesse continue.

Obs. XXII. — Mme A... est opérée par le Docteur Rabère, le 29 janvier 1923, parce qu'elle a eu de petites crises répétées d'appendicite. Elle est enceinte de quatre mois. A mesure que la grossesse avance, les crises deviennent plus rapprochées et plus pénibles. Troubles de l'appétit, constipation. Après l'opération, la grossesse continue; elle est accouchée par le Docteur Péry en juin 1925.

Obs. XXIII. — Mme L... est opérée le 29 avril 1924 pour appendicite chronique; elle est enceinte de cinq mois. Guérison opératoire. La grossesse continue.

Obs. XXIV. — Mme B... est opérée, le 9 mars 1926, pour appendicite chronique; elle est enceinte de trois mois environ. La grossesse continue. Accouchement normal.

Obs. XXV. — Mme R..., 1-pare. Souffre depuis quelques années de légères crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Constipation opiniâtre. Toujours réglée régulièrement; mais n'a pas eu ses règles au mois de février 1927. Depuis ce retard de règles, elle souffre constamment du bas-ventre; elle a perdu l'appétit et présente des nausées fréquentes.

Après examen, le Docteur Rabère conseille l'intervention. Elle est opérée le 3 mai 1927. Appendicectomie facile, sans incidents ni suites. La grossesse évolue ensuite normalement; la malade ne présente plus aucun trouble gastrique, ni aucun phénomène douloureux abdominal. Accouchement à terme, normal.

OBSERVATION XXVI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Jean VILLAR, chef de clinique.)

Jeune femme de 30 ans; pas d'antécédents pathologiques; bien réglée; pas de fausses couches, ayant eu trois grossesses normales suivies d'accouchements normaux donnant trois enfants vivants et bien portants.

Depuis deux ans environ, et en particulier après sa dernière grossesse, qui date de dix-huit mois, cette jeune femme a présenté de *petits phénomènes cardiaques* se traduisant par des essoufflements à l'occasion d'un effort physique même minime, par de petites crises de tachycardie, avec légère angoisse et palpitations. La fin de cette dernière grossesse fut pénible par suite de ces petites manifestations cardiaques.

Aussi une nouvelle grossesse est-elle redoutée par la malade. Un médecin accoucheur et un cardiologue consultés sont d'accord pour penser qu'elle serait plutôt nocive et qu'elle est à éviter.

Dans le cours de cette dernière année apparaissent des phénomènes gastro-intestinaux; la malade perd son appétit; ses digestions sont pénibles; elle est très constipée. Les phénomènes cardiaques persistent avec une légère augmentation des troubles déjà cités plus haut. On examine à nouveau son cœur, qui est trouvé normal comme

volume; la tension au « Pachon » est normale; le tracé graphique de son pouls est également normal; à l'auscultation, on note une arythmie légère. Les antispasmodiques prescrits, en particulier le « Valimyl Clin », atténuent un peu ces phénomènes cardiaques.

C'est que la malade est à nouveau enceinte (juin 1928), et elle commence à sentir nettement, dans sa fosse iliaque droite une douleur qui attire son attention. On craint l'appendicite, et le docteur Jean Villar est consulté fin juillet. Il trouve à cette date : une grossesse normale de deux mois, sans annexes pathologiques, un point douloureux de Mac Burney, tout à fait typique, avec un état nauséeux de la malade à une pression un peu profonde. Le diagnostic d'appendicite probable est émis, en particulier sur la constatation que rapporte la malade d'une série de crises douloureuses d'une durée de deux ou trois heures avec état nauséeux, mais sans vomissements, et avec point douloureux dans la fosse iliaque droite.

Cependant, étant donnés l'âge récent de la grossesse, les phénomènes cardiaques présentés par la malade et la bénignité apparente de l'histoire intestinale, on décide d'attendre un peu plus : on conseille comme traitement le repos, un régime, de la belladone et de l'huile de paraffine, avec prise quotidienne de la température. Celle-ci se montre supérieure à la normale, la malade faisant journellement 37°4, 37°8.

L'état reste stationnaire jusqu'en septembre; les crises sont calmées parfaitement par la belladone; l'état cardiaque persiste. Mais, en septembre, la malade ayant refait deux crises douloureuses, on décide de l'examiner sous écran radioscopique.

Examen radioscopique du cæcum après repas opaque (D^r Mathey-Cornat). — Le cæco-côlon ascendant, le transverse et une partie du descendant sont en réplétion. Le transit intestinal est rapide. Le cæcum est allongé, bas situé, souple et mobile.

On trouve une douleur nette au niveau du bord latéral interne du cæcum et du point de Mac-Burney. L'appendice, non visible, est probablement en même région méso-cæliaque. Pas d'accolement cæco-colique.

En présence de ces constatations et redoutant une crise appendiculaire grave, qui, étant donnée la situation de l'appendice, aurait

abouti à une péritonite généralisée, et d'autre part l'âge de la grossesse se prêtant à une intervention, on décide l'opération.

Intervention (le 20 septembre 1928, Dr Jean Villar, aidé du Dr Dufour; anesthésie à l'éther, Ombredane par le Dr Magendie).

Incision minuscule, type Mac-Burney; par dissociation de la paroi, on attire facilement un appendice latéro-cæcal interne, long, rouge, sans adhérences; écrasement, section au thermo, enfouissement, hémostase soigneuse, éther, fermeture en bourse du péritoine.

Point en U musculaire, petit surjet aponévrotique, surjet au catgut double zéro sur le mince feuillet aponévrotique superficiel; trois crins cutanés. Durée de l'opération : douze minutes.

Deux heures après l'opération, 1 centicube de pantopon, 10 centicubes d'huile camphrée; 1/2 centicube de pantopon le soir à 8 heures.

Suites. — Tout à fait normales. Très peu de temps après l'injection de pantopon, la malade accuse quelques coliques utérines qui s'arrêtent presque aussitôt. Aucune perte. Purgation le quatrième jour. Ablation des points et lever de la malade le dixième jour.

Le quatorzième jour, la malade, complètement remise, assistait à un concert.

Suites éloignées. — Au point de vue gastro-intestinal, la malade est parfaitement bien. Elle mange actuellement de tout avec appétit. La constipation a disparu, la grossesse suit parfaitement son cours. *Disparition complète de tous les phénomènes cardiaques* : angoisses, palpitations; plus de tachycardie.

Examen histologique de l'appendice. — Chroniquement, mais légèrement enflammé. Ne présente pas de grandes lésions histologiques.

OBSERVATION XXVII.

(Due à l'obligeance du docteur Marc RIVIÈRE, ancien chef de clinique d'accouchement.)

Mlle X..., 34 ans, I-pare. On ne trouve aucun antécédent pathologique chez cette jeune femme. Ses dernières règles datent du mois d'octobre 1927. Le 22 juillet 1928, au matin, *étant arrivée au terme*

de sa grossesse, la malade est prise de douleurs abdominales violentes, diffuses, mais cependant plus intenses à droite et dans la région péri-ombilicale. La sage-femme, qui est auprès de la malade, pense tout d'abord qu'il s'agit d'un début de travail; cependant elle fait un toucher et ne constate aucune modification du côté du col.

Vers midi, le même jour, la jeune femme, qui souffre toujours, plus particulièrement à droite, commence à vomir; on remarque que son utérus est tendu, sans aucune espèce de période de relâchement. Le docteur Marc Rivière est appelé en consultation et il examine la malade ce même jour à 11 heures du soir. Il trouve à ce moment un bon facies, mais le pouls est rapide (130), la température à 38 degrés. Le ventre est peu sensible au palper et, à travers une paroi qui ne présente aucune défense musculaire, la palpation révèle une douleur violente à droite et un utérus dur comme du bois, en état de tension permanente. Au toucher, aucun signe de travail. A l'auscultation, la contracture utérine empêche de percevoir les bruits du cœur fœtal. Le diagnostic d'appendicite est posé et on décide l'intervention immédiate.

Opération (D^r Marc Rivière, D^r Mangé). — Laparotomie médiane; extériorisation de l'utérus; césarienne classique. Extraction d'un gros enfant vivant, qui rend du méconium en abondance.

On trouve dans la fosse iliaque droite du pus en abondance et des fausses membranes.

On fait une hystérectomie subtotala, suivie d'appendicectomie, et on place un Mikulicz.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION XXVIII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Marc Rivière.)

Mme X., 24 ans, II-pare. Wassermann négatif. Pas d'antécédents pathologiques.

La jeune femme a eu une première grossesse en 1920, mais le fœtus est mort *in utero* quelques jours avant le terme.

Au mois de septembre 1921, crise d'appendicite traitée médicalement.

En janvier 1922, nouvelle crise; un chirurgien, consulté, propose l'intervention, qui est différée.

Dernières règles le 28 mars 1922.

Les débuts de cette grossesse sont pénibles; la malade a maigri; elle est très constipée et elle souffre d'une douleur dans la fosse iliaque droite. On décide d'intervenir à l'occasion d'une crise plus violente accompagnée de vomissements et d'une température de 37°6, survenue à la fin du cinquième mois.

Opération (le 1^{er} septembre). — Appendicectomie sans incident. 1 centicube de morphine le soir et le lendemain de l'intervention. L'état général, qui était très médiocre avant l'opération, devient excellent jusqu'au terme.

Accouchement, le 23 janvier 1923, spontané, aucun incident.

Suites obstétricales normales. Lymphangite du sein le dixième jour.

OBSERVATION XXIX.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Marc Rivière.)

*Appendicite très probable. Faute de thérapeutique chirurgicale
Mort de la malade de péritonite.*

Mme T..., 24 ans. I-pare. Pas d'antécédents pathologiques à signaler. Aurait cependant souffert dans le bas-ventre, à droite, au moment de son mariage. Pas de pertes d'aucune sorte.

Dernières règles au mois de juin. Toute sa grossesse a été parfaitement normale; la malade n'a jamais été constipée; elle n'a jamais eu d'albuminurie.

A terme, le 16 mars, elle ressentit subitement une douleur dans le bas-ventre; elle ne vomit pas; pas de température.

Le docteur Marc Rivière est appelé le même jour à 20 heures; il trouve un utérus tendu; le ventre est douloureux à droite, la malade a quelques vomissements. Au toucher, le col est entier, la tête est profondément engagée; on croit à un début de travail. Le lendemain, à midi, même situation; le poulx est à 80, la température à 37, mais le ventre est ballonné dans la région épigastrique; la malade ne rend plus de gaz. Il pose le diagnostic d'obstruction intestinale et

demande en consultation un autre accoucheur et un chirurgien qui concluent pareillement.

Le 17 mars, laparotomie. Dès le ventre ouvert, on trouve les anses intestinales surdistendues, dépolies. Césarienne classique; on extrait un gros fœtus de sexe masculin. Pas d'hémorragie. On trouve de la sérosité louche à droite; l'ovaire du même côté est ecchymotique et recouvert de fausses membranes; on résèque cet ovaire. *On ne recherche pas l'appendice.* On place un gros drain sus-pubien. Après l'intervention, sérum, huile camphrée.

Le 18 mars, la malade semble aller mieux, le drain donne abondamment. Mais, quarante-huit heures après, la malade meurt de péritonite généralisée.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite est fréquente au cours de la grossesse et dans les suites de couches.

II. — Elle peut revêtir la forme aiguë dans ses différentes modalités, depuis l'appendicite plastique jusqu'à l'appendicite perforée avec péritonite généralisée.

III. — L'appendicite peut provoquer l'avortement.

IV. — Au cours de la grossesse, l'appendicite aiguë paraît revêtir souvent des formes graves.

V. — Dès le diagnostic d'appendicite fait au cours de l'état gravidique, le chirurgien doit pratiquer l'appendicectomie.

VI. — Celle-ci peut être faite sans que le cours de la grossesse soit interrompu.

VII. — Dans les formes aiguës, l'opération consiste souvent à ouvrir et à drainer un abcès de la fosse iliaque.

VIII. — Il est utile, dans ces cas, d'enlever l'appendice, quand cela est facile, pour éviter les complications ultérieures d'obstruction intestinale dont nous avons rapporté les observations typiques.

IX. — Dans les cas de péritonite généralisée appendiculaire, la laparotomie avec Mikulicz a permis de sauver et la mère et l'enfant.

X. — Chez toute femme enceinte, il y a grand intérêt à explorer l'appendice pour prévenir les accidents très graves qui

peuvent survenir au cours de la grossesse ou même dans les jours qui suivent la délivrance.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAMS. — *Americ. J. obstet.*, XXX, 205, 1897.
- ALBERGO (G.). — App. e puerperio; contributo clinico, Pesaro, 1923. A. Nobili, 11 p. 8°.
- ANTOINE (E.). — *Gazette des hôpitaux*, 1922, n° 92.
- BANK (F.). — Bilirubinemia of appendicitis and of blood extravasation. *Gyn. et obst.*, oct. 1926.
- BAPTESTE (Albert). — De l'appendicite dans la puerpéralité. Thèse Lyon, 1899-1900.
- BECKMANN (F.). — Acute appendicitis in childhood. *Ann. Surg. Phila.*, 1924, 538-550.
- BÉGOUIN. — Manuel de Pathologie chirurgicale, t. IV, p. 455. Masson, édit.
- Appendicite aiguë. Symptomatologie d'apparence bénigne; gravité des lésions. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1926, 538.
- BEUTTNER. — Du contrôle de l'appendice et de l'indication de l'appendicectomie au cours de 14.000 laparotomies gynécologiques. *Presse médicale*, Paris, 1924, 958-960.
- BEUTTNER et SIREDEY. — Etude clinique sur les relations de l'appendice et des organes génitaux de la femme. *Gyn. et obst.*, Paris, 1923, p. 309-313.
- BINNEY (H.). — Subphrenic abcess following appendix abcess during pregnancy. *Boston M. et Surg. g.*, mai 1927.
- BOBBIO (L.). — Pelvic appendicitis with utero-adnexal symptomes cas. *Minerva med.*, 7, 6-9, 10 janv. 1927.
- BOJFE. — Mitteil aus des Klinik von Enegstroem in Helsingfors, 1903, V, H.

- BOUILLER (G.). — L'appendicite pendant la grossesse. Thèse Lyon, 1897-98.
- BOYET. — *Journ. de pharmacie et de chimie*, 7^e série, t. IX, p. 281.
- BRENNER. — Puerperium simulating appendicitis. *M. Rec. et Ann.*, févr. 1927.
- BRINDEAU. — *Journ. des praticiens*, 1910, p. 326.
- BRINDEAU et JEANNIN. — *Bull. de la Soc. d'obst. et de pédiat.*, Paris, avril 1903.
- COESARES. — Apunte sobre apendic. y embarago. *Rev. med. de Yucatan Merido*, 1926, XIV.
- CAPECCHI (E.). — Intraperitoneal rupture of extra uterine pregnancy after operat. for suppurative append. *Clin. obst.*, juin 1927.
- CAPLESICO. — Les troubles digestifs, pendant les premiers mois de grossesse, sont souvent d'origine appendiculaire. *Bull. et mém. Soc. nation. de chir. de Paris*, 1925, 949, 952.
- CHAPMAN. — Value of X-Ray for diagnosis of chronic append. *Illinois Med. Jo.*, déc. 1927.
- CÉSAR. — Appendic. calculeuse et greffe appendi. d'un kyste végétant de l'ovaire droit. *Gyn. et obst.*, 1914-15.
- CHAPUT. — Appendicite et grossesse. Thèse Bordeaux, 1923.
- COE. — Société de gyn. d'Am., in *Presse médicale*, 19 juill. 1905.
- COLLETTE. — La température pendant la grossesse, le travail et les suites de couches normales, Lille, 1888-89.
- CROSTE. — Quelques considérations sur l'appendicite au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1905-1906.
- DELBET. — *La Clinique*, 1912, p. 85.
- DIEULAFÉ. — Sur les liaisons appendiculo-ovariennes, *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1926, 542.
- DIEULAFOY. — *Cliniques médicales*, 1896-97, 1897-98.
- DUPUIS. — L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. Lille, 1905-06.
- EICK. — Ueber chroniche app. insbesondere uber ihren zusammenhang mit der Dysmenorrhée. *Monat. f. Geburts. und gynec.*, Berlin, 1923.
- EISENKLAM. — Differential diagnosis ectopic pregnancy, acute append. and cholecystitis. *Wien. Klin. Wechnschr.*, juill. 1927.

- FALK (Otto). — *Centralblatt für gyneco.*, 1896-1900.
- FAIRBAIRN. — Acute abd. emergencies complicating pregnancy and puerper. *Brit. M. J.*, March. 12, 1927.
- FAURE (J.-L.). — Salpingite et appendicite. Leçons de clinique et de technique chirurgicale, Paris, 1905.
- FELNER. — *Therap. gegenw.* Berlin, 1906, XLVII, 542.
- FIEUX. — Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux, 5 mai 1899.
- FICKLEN (E. A.). — Appendicite in the latter weeks of pregnancy. *N. Orl. M. et S. J.*, 1926, 146-152.
- FINDLEY. — *Americ. J. Obstetric.*, 1909, 993.
- FULLERTON (W. D.). Appendicitis complicating pregnancy. Ohio, *M. J. Colombus*, 1926, XXII, 124-126.
- GLOTAÏN. — Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la puerpéralité. Thèse Paris, 1913.
- GORE. — Appendic. during pregnancy. *Southwest Med. Phoenix Ariz.*, 1924, 383.
- GUENIOT. — Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1920.
- GUICHARDON. — Infections à streptocoques au cours de la grossesse. Paris, 1910-11.
- GUILLAUME. — Appendicite, coplotyphlite et pérityphlite. *Gaz. hôpit. Paris*, 1923, 1217-1226.
- GUYOT (J.). — Drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale gynécologique. In thèse de Berge, Bordeaux, 1926.
- GUYOT (J.). — Société d'obstétrique et de gynécologie, 1928.
- HALL. — *Americ. Journal obst.*, New-York, 1909, 787.
- HARTMANN et LEGRAND. — *Mémoire de la Société d'anatomie de Paris*, 1911.
- HÉLOUIN. — Contribution à l'étude du diagnostic de l'hépto-toxémie gravidique. Thèse Paris, 1898-99.
- HEINECK. — *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, Paris, 1917, p. 369.
- HENRY et ARNAUD. — Appendicite et grossesse. *Marseille médical*, 1923, 436-443.
- HERMANS. — Acute appendicitis during pregnancy, labor, and puerperium. *Nederl. Tijdschr. r. Gennesk*, Haarlem, 1924, 1004, 1917.
- HERGOTT (A.). — Ann. de gyn. et d'obst., juill.-août, 1900.

- HIPSLEY (P. L.). — A ruptured appendix in a woman eight months pregnant. *Med. J. Australia*, Sydney, 1923.
- HIRST. — App. et grossesse. *Text-Book of. Obst.*, Philadelphie, 1912.
- HOFFMANN. — *Archiv. für gyn.*, Berlin, 1920, 273.
- HOMSY. — L'appendicite chronique au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1918.
- HOWARD CRUTCHER. — *New York med. record*, sept. 1896.
- IARCA. — Appendicite pendant la grossesse et les suites de couches. Thèse Paris, 1897-98.
- ILIESCU (M.). — Nouvelle contribution à l'étude du signe du phrénique droit dans l'appendicite. *Bull. Acad. de méd. de Paris*, 1926, p. 315.
- JAISON. — *Revue médicale de l'Est*, 1919 et 1921.
- JAUBERT. — De la grossesse à la suite des interventions pour suppurations pelviennes. Thèse Lyon, 1893-96.
- JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë. Thèse Paris, 1921.
- JEANNIN et LEVANT. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1911, 473.
- JERLOV. — Ueber appendic. während der gravidität und im Puerperium. *Klinische studie Helsingsfors*, 1925, mercator 168.
- JACOBSON. — *Americ. J. obst. New York*, 1913, II, 43.
- KHOUTSIEFF (née EMILIANOFF). — Appendicectomie dans la grossesse. Thèse Bordeaux 1913-14.
- KREIS (J.). — A propos du diagnostic différentiel de l'appendicite chronique d'emblée chez la femme et de la conduite à suivre. *Gynécologie*, Paris, 1925.
- LANE-ROBERTS. — Abdomen in pregnancy. *Post-grad M. J.*, sept. 1927.
- LARDENNOIS. — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1911, 527.
- LAULAIGNE. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales. Thèse Paris, 1919.
- LAURENTIE. — Cholécystites aiguës et puerpéralité. Thèse Toulouse, 1913-14.
- LE FILLIATRE. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Journ. de méd. de Paris*, 1923, 140.
- LEGENDRE. — *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1897, p. 200, et Soc. méd. des hôpit., 26 mars 1897.

- LEGUEU. — Appendicite et annexite. Leçons de cliniques chirurgicales, Paris 1902, 199; et *Gazette de gynécologie*, 1911, 188.
- LEMELAND et RISACHER. — Contracture utérine accompagnant les syndromes péritonéaux et en particulier l'appendicite. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1926, 29-33.
- LINDNER. — *Arch. für gyn.*, Berlin, 1907, LXXX, II, 17.
- LOEVENHARDT. — Appendicite chez la femme. Thèse Paris, 1903-04.
- LOEVEN. — *La Clinique*, 1911, p. 340.
- MARTEL (DE) et ANTOINE (Ed.). — Les fausses appendicites. Masson, 1922.
- MAYGRIER. — Académie de médecine, 21 févr. 1904.
- MICHEL (F.). — Treatment of perforating appendic. in advanced pregnancy. *Zentralbl. für gyn.*, 24 sept. 1927.
- MONOD. — Soc. obst. et gynéc. de Paris, mai 1903.
- MOUGEOLLE. — Etude radiologique de l'appendicite chronique. Paris, 1923. A. Legrand, 100 p., 16 p. 8°.
- MUNDE. — *Med. Record*, 1894, p. 678; 1895, p. 609.
- MURPHY. — *Surg. clin. Chicago*, 1914, III, 1885.
- MYER. — *Am. J. obst. New-York*, 1906, 338.
- NAZ. — *Les péritonites puerpérales*. Thèse Lyon, 1913-14.
- PADDOCK. — *Amer. J. obst.*, 1913, p. 409.
- PÉNARD. — Appendicite chez la femme enceinte. Thèse Paris, 1912.
- PELLET. — Appendicite et grossesse extra-utérine. Thèse Lyon, 1908-1909.
- PÉRÈS. — Essai sur le traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité. Thèse Toulouse, 1901.
- PÉRY et PRINCETEAU. — Appendicite dans les suites de couches, mort par vomito negro appendiculaire. *Bull. Soc. obst. et gyn. Paris*, 1926.
- PÉRY et RABÈRE. — Soc. obst. et gyn., 1928.
- PÉRY, ROCHER, FAVREAU. — Bull. Soc. gyn. et obst., Paris, 1921.
- PINARD. — Cliniques d'obstétriques, 1899. Académie de médecine, 1898. *Ann. de gyn.*, 1898-1900; Dictionnaire encycl. des sc. méd., art. *Grossesse*, 1886, t. XI.
- PHANEUF. — Personal experience with 15 cases app. Union médic. du Canada, mai 1927.

- PORTES et SÉGUY. — Effet de la grossesse, du travail et de l'accouchement sur l'appendicite aiguë. *Gyn. et obst.*, févr. 1927.
- PRIBRAM. — Zur Therapie der appendicitis während der gravidität. *Klin. Wchnschr.*, Berlin, 1922, 1256-1258.
- ROUVILLE (DE). — *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.* Paris, 1912.
- ROYSTON et FISCHER. — Appendicitis in pregnancy. *Am. J. obst. et gyn.*, Saint-Louis, 1926, 184-188.
- RUSTMORE. — *Amer. J. obst.*, 1914.
- SAINT-JACQUES. — *Gaz. de gynéc.*, 1900, p. 48.
- SAVARIAUD. — *Gaz. de gynéc.*, 1911, p. 188.
- SECOND. — Soc. d'obst. et de péd. de Paris, mars 1899.
- SEGUY. — Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale. Thèse Paris, 1927.
- SEIFERT. — Statistische studie uber appendic. *Arch. für Klin. chirurg.*, Berlin, 1922.
- SÉJOURNET. — Appendicite et grossesse tubaire. *Paris chirurgical*, 1926.
- SCHMIDT (A.-L.). — Acute appendicitis, ectopic pregnancy. *Mitt. a. d. grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, févr. 1927.
- SCOTT (H. W.). — Differential diagnosis of acute pyelitis and acute append. *J. Iowa. M. Soc.*, avril 1927.
- SONNENBURG. — *Deutsche m. Wochensch.*, Leipzig, 1901.
- Patho. und therap. der Perityp., 1905.
- SOURVILLE. — *Gaz. de gynéc.*, Paris, 1911.
- STEIN (Léon). — Influence des hautes températures dans quelques maladies aiguës sur la grossesse et l'état puerpéral. Thèse Paris, 1889-90.
- STOLPER. — Appendic. und gravidität. *Wien med. Woch.*, 1923.
- TÉDENAT. — Appendicite chez la femme enceinte. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923, 237-241.
- TESTUT et BLANC. — Anatomie de l'utérus à six mois de grossesse. Paris, 1893.
- THIERRY, DE MARTEL et ANTOINE. — L'importance de l'examen du sang fait en série chez les malades atteints d'appendicite. *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, Paris, 1925, XV, 67-75.

- TUFFIER. — *Rev. d'obst. et de gyn.*, 1897, n° 112.
- VALLAIS. — Contribution à l'étude des causes de l'accouchement prématuré. Thèse Paris, 1892-93.
- VAN SWERINGEN. — *Americ. J. obst. New-York*, 1913, LXVII, 917.
- VAUTRIN. — *Ann. de gynécologie*, mars 1914.
- *Rev. médicale de l'Est*, Nancy, 1914.
- VERGER. — De la propagation de tumeurs ovariennes malignes à l'appendice ileo-cæcal. Thèse Dijon.
- VRANIALI. — Grossesse extra-utérine et appendicite. Coexistence et diagnostic. Thèse Lyon, 1920-21.
- WEBER. — *Deutsche Zeitschr. für chir.*, Leipzig, 1908, XCIII, 292.
- WIDAL et ROGER (Tremolières et Caussade). — Nouveau traité de médecine. Chapitre *Appendicite*.
- WILSON. — Acute append. complicating pregnancy, labor and puerperium. *Surg. gyn. obst.*, nov. 1927.

